

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1896, à 1 heure

Par MAURICE-LOUIS-EDMOND SCHMID

Né à Lausanne, le 8 juin 1869

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Membre correspondant de la Société anatomique.

MÉTRORRHAGIES

ET

MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE

ÉTUDE CLINIQUE, ANATOMIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

MAYGRIER, }
ALBARRAN, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1896, à 1 heure

Par MAURICE-LOUIS-EDMOND SCHMID

Né à Lausanne, le 8 juin 1869
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Membre correspondant de la Société anatomique.

MÉTRORRHAGIES ET MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE

ÉTUDE CLINIQUE, ANATOMIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

MAYGRIER, }
ALBARRAN, } *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

453

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	N...
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A M. JULES FISCH

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

En tête de ce travail qui marque le terme de nos études médicales, nous tenons à rendre hommage aux maîtres auprès desquels nous avons trouvé un si bienveillant accueil.

M. le Dr Laskowsky, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Genève, nous a rendu faciles nos débuts grâce à l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner ; nous n'oublierons ni ses savantes leçons, ni les heures trop brèves passées dans son laboratoire. Nous remercierons M. le Dr Guyot qui, à notre arrivée à Paris, nous a accueilli avec tant d'amabilité. Il nous a initié à la clinique dans son service si actif de Beaujon, et a bien voulu nous continuer, par la suite, ses conseils et son appui.

Notre première année d'externat passée dans le service de M. le Dr Polaillon, à la Pitié, ne nous a laissé que de bons souvenirs.

Nous avons eu le plaisir d'être l'interne provisoire de M. le Dr Richardière à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, et nous lui gardons une vive reconnaissance pour l'intérêt précieux qu'il nous a témoigné.

Nous avons appris chez M. le Dr Ch. Féré avec quelle rigoureuse exactitude se conduit une expérience de laboratoire, et, après avoir été notre maître, qu'il nous permette de le considérer encore comme un ami.

Nous avons passé la fin de notre première année d'Internat dans le service de M. le Dr Merklen à Saint-Antoine. Nous conservons précieusement le souvenir de son excellent enseignement, et nous avons toujours présente à la mémoire la grande sympathie qu'il

nous a témoignée dans des circonstances particulièrement douloureuses de notre vie.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le D^r Monod et nous avons pu apprécier toute sa science chirurgicale et son profond sens clinique. Toujours bienveillant envers ses internes comme envers de jeunes amis, il a bien voulu nous laisser la plus large initiative dans son beau service de Saint-Antoine ; il nous a témoigné personnellement sa grande bonté pendant le temps que nous avons passé chez lui et à plusieurs reprises depuis lors. Qu'il reçoive ici un faible témoignage de notre très respectueuse reconnaissance.

Nous avons eu la bonne fortune d'être l'interne de M. le D^r Ribemont-Dessaignes. Le temps — trop court à notre gré — que nous avons passé à la maternité de Beaujon nous a cependant permis d'apprécier la grande valeur obstétricale de notre maître. Il a bien voulu guider nos interventions et s'intéresser à nos études. Nous tenons à lui exprimer ici notre profonde gratitude.

Notre troisième année d'internat s'est passée chez M. le D^r Routier. Dans son service de Necker, il nous a appris les maladies des voies urinaires et nous a montré avec quel talent et quelle simplicité il savait conduire les plus grosses interventions gynécologiques. Nous n'oublierons pas les leçons d'un tel maître qui met tant de cordialité dans ses rapports avec ses internes.

Des circonstances imprévues nous empêchent de terminer notre quatrième année chez M. le D^r Quénu : nous le quittons plein de regret de n'avoir pu profiter jusqu'au bout de l'initiative qu'il voulait bien nous laisser. Nous avons appris de lui quels soins minutieux, quelle scrupuleuse attention peuvent permettre de tenter en toute sécurité les opérations les plus graves et souvent les plus désespérées. Il a bien voulu nous guider dans le choix de l'élabo-

ration de notre thèse. Qu'il veuille bien croire que nous sentons vivement tout ce que nous avons reçu de lui.

Nous remercions sincèrement M. le D^r Bouilly de l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli et nous a aidé de ses précieux conseils dans l'exposé de notre sujet.

Enfin que nos autres maîtres dans les hôpitaux : M. le professeur Raymond, MM. les D^{rs} Netter, Le Breton, Walther, Guinard, Ricard, Sébilleau et Doléris soient assurés du souvenir reconnaissant que nous leur gardons ainsi qu'à la mémoire de notre regretté maître le D^r Juhel-Rénay.

Nos amis et collègues le D^r Gampert, le D^r Macaigne et Raymond ont droit aussi à tous nos remerciements pour l'obligeance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que M. le professeur Berger veuille bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552428_0023

Introduction-Division.

Les métrorrhagies ont attiré depuis fort longtemps l'attention des cliniciens. Depuis que les progrès de la gynécologie ont permis de sortir du chaos des conceptions anciennes, de classer plus méthodiquement les phénomènes pathologiques de l'utérus — néoplasiques ou inflammatoires, — ce syndrome paraît bien connu et il semble téméraire d'en reprendre l'étude. Mais en parcourant la foule de travaux ayant trait de près ou de loin à ce sujet, il nous semble qu'une vue d'ensemble pourrait être utile. On confond, en effet, très souvent surtout en clinique, les termes *métrite hémorrhagique* et *métrorrhagie*.

D'une part on entend parler de métrite hémorrhagique dans les tumeurs de l'utérus et des annexes, de métrite hémorrhagique des vierges ou de la ménopause, de métrite hémorrhagique idiopathique, d'autre part on lit que cette affection n'existe pas, qu'il y a des métrorrhagies rares dans certaines métrites chroniques, dans les rétentions placentaires partielles, mais que ce n'est qu'un symptôme et jamais une affection.

Ce qui n'a pas peu contribué à jeter la confusion dans les idées est toute la série de publications ayant trait au traitement des « *métrites hémorrhagiques* » par le curettage. Lorsqu'à la suite des travaux de M. Doléris, cette opération fut remise en honneur, on l'appliqua au traitement de toutes les métrites.

Toutes les affections hémorrhagiques étaient guéries — du moins momentanément — par lui, et dans la plupart des communications qui confirmaient sa valeur thérapeutique, on fit peu attention au titre et on intitula *métrites hémorrhagiques* un grand nombre de *métrorrhagies* diverses.

En présence d'opinions aussi contradictoires, nous essaierons de chercher où est la vérité. Et pour ce faire, nous passerons en revue les différentes affections de la sphère génitale qui s'accompagnent de métrorrhagies avec ou sans lésions de la muqueuse utérine en insistant sur la seule forme de métrite hémorrhagique que tout le monde admet : l'endométrite déciduale. Nous continuerons ensuite notre travail par la description anatomique, clinique et thérapeutique d'une forme de métrite hémorrhagique idiopathique, sur laquelle M. Quénu a attiré l'attention à la Société de chirurgie en 1893 et dont nous avons pu recueillir quelques observations. Nous résumerons dans un dernier chapitre le diagnostic des métrorrhagies.

Nous passerons donc sous silence les métrorrhagies de la *grossesse*. Elles constituent une forme bien spéciale, décrite tout au long dans les ouvrages d'accouchement.

Nous ne pouvons non plus nous occuper des *métrorrhagies « médicales »* pour ainsi dire, qu'on a signalées dans les maladies du *cœur*, du *foie* ou des *reins* ; elles constituent un symptôme tout à fait secondaire et sous la dépendance de troubles généraux de la circulation, d'altérations vasculaires ou de dyscrasies sanguines. Leur importance est effacée complètement par celle de la maladie causale et la thérapeutique appliquée à celle-ci suffira toujours à les faire disparaître. Même raisonnement pour les métrorrhagies dans certaines maladies infectieuses aiguës, *variole*, *scarlatine*, *fièvre typhoïde*. On les a regardées à tort comme déterminant une

métrite hémorrhagique. Nous croyons ici à un abus de langage. Il peut y avoir dans ces affections une hémorrhagie utérine, comme il y a une hémorrhagie nasale, intestinale, rénale ou cutanée. Mais avant de parler de *métrite* il eût fallu présenter des préparations histologiques montrant les altérations de la muqueuse.

Laissant donc de côté ces hémorrhagies peu importantes, symptôme tout à fait effacé d'affections bien caractérisées autrement, nous adopterons pour l'étude de notre sujet la division suivante :

I. — *Métrorrhagies essentielles.*

II. — *Métrorrhagies liées à des modifications de la circulation utérine* d'ordre mécanique ou nerveux et nous rangerons dans ce chapitre les soi-disant métrites des *fibromes*, du *cancer*, des lésions *annexielles*, la *métrite virginale* et celle de la *ménopause*.

III. — *Métrorrhagies dans les métrites : aiguës* (blennorrhagiques ou infectieuses) et *chroniques* (fongueuse commune).

IV. — *Métrorrhagie dans l'endométrite déciduale* (post abortum, métrite hémorrhagique commune).

V. — *Métrite hémorrhagique* (dégénérescence angiomateuse, forme de M. Quénu).

CHAPITRE PREMIER

Métrorrhagies essentielles.

Au temps où on ignorait la plupart des lésions ovariennes ou utérines capables de provoquer une hémorrhagie, si quelque grosse lésion ne tombait pas sous les yeux, on qualifiait volontiers dans ce cas la métrorrhagie d'*essentielle*. Ce chapitre s'est circonscrit peu à peu, principalement depuis qu'on connaît le rôle joué par les lésions annexielles. La plupart des observations qui ont trait à cette forme ne parlent pas de l'état de l'utérus, de l'ovaire ni de la trompe ; nous ne pouvons leur reconnaître aucune valeur et ne les sortirons pas du juste oubli où elles sont tombées. Gallard (1), du reste, les niait déjà. Il faisait observer que les métrorrhagies essentielles des filles publiques sont le premier stade d'une métrite facile à constater plus tard. Quant à celui des femmes mariées, il les rattachait à des fausses couches peu âgées ou à des rapports au moment des règles entretenant la congestion physiologique de l'organe.

Les traités récents de gynécologie n'admettent pas davantage les *métrorrhagies essentielles*. Cependant, dans une thèse récente, M. Dupuy (2) conclut à leur existence. Il cite à l'appui de son dire les cas anciens de Whitehead, de Obre, de West et ajoute deux observations personnelles. Dans le cas de West, il y avait des lésions macroscopiques de l'utérus dont la muqueuse était

(1) GALLARD, *Lec. sur les mal. des F.*, Paris, 1879, p. 456.

(2) DUPUY, Thèse de Paris, 1892.

« *comme un beau velours rouge* » et on pouvait au moins invoquer des lésions de métrite. Obre et Whitehead (1) notent formellement aussi des lésions utérines. Dans ses deux observations personnelles enfin, M. Dupuy dit simplement qu'il n'y avait aucune lésion perceptible au toucher. Pas un mot sur l'examen de la cavité utérine, pas de préparation histologique des fragments de muqueuse retirés par le curettage. Ce sont donc des observations beaucoup trop incomplètes pour entraîner la conviction et jusqu'à ce que paraissent des faits bien observés et des examens probants, nous penserons avec les auteurs contemporains que les métrorrhagies dites *essentiell*es pourraient bien être des métrorrhagies dont on n'a pas su trouver la cause.

(1) WEST, OBRE, WHITEHEAD, cités par Gallard, *loc. cit.*, 460.

CHAPITRE II

Métrorrhagies liées à des troubles circulatoires de l'utérus.

Si l'on considère l'utérus au point de vue anatomique et physiologique ; si l'on songe à la richesse vasculaire de cet organe éminemment contractile, à ses nombreuses artères, à ses épais plexus veineux, à sa circulation interstitielle très développée et d'autre part à l'hypertrophie dont il est susceptible au moment de la grossesse, à ses phénomènes de congestion périodique et de menstruation, on comprendra facilement quels rapports intimes l'unissent au système nerveux réflexe et au système vasculaire et à quel point des influences de cet ordre retentiront jusque sur ses moindres éléments. Une entrave quelconque à la libre circulation du sang dans les vaisseaux empêchera les échanges nutritifs normaux du muscle et surtout de la muqueuse et entraînera de ce fait son altération et celle de ses capillaires. Qu'une congestion subite d'ordre réflexe intervienne, déterminant une augmentation de pression, les vaisseaux altérés pourront se rompre avec la plus grande facilité et, emportant une muqueuse malade et friable, produire une métrorrhagie plus ou moins abondante.

Telle est la pathogénie des différentes métrorrhagies que nous étudierons dans ce chapitre ; nous le diviserons en plusieurs paragraphes ainsi qu'il suit :

- 1° *Métrite virginale* ;
- 2° *Métrite de la ménopause* ;

3° *Métrorrhagies dans les fibromes ;*

4° *Métrorrhagies dans le cancer de l'utérus ;*

5° *Métrorrhagies dans les lésions annexielles.*

Nous voyons de suite d'après cet énoncé qu'il s'agit des métrorrhagies les plus fréquentes en clinique, puisqu'elles comprennent toutes les modifications du système circulatoire de l'utérus, depuis la puberté jusqu'après la ménopause, en parcourant toute la vie génitale de la femme avec les lésions annexielles, les fibromes et l'épithélioma.

Dans un ouvrage récent, Snéguireff (1) a, du reste, donné dans sa statistique, les proportions suivantes : cancer, 25 0/0 ; fibromes, 18 0/0 ; lésions annexielles, 2 0/0. Et ces chiffres paraissent correspondre à la réalité des faits.

§ 1. — **Métrite virgine.**

Les auteurs ont décrit sous ce nom deux affections bien différentes. La première est une endométrite infectieuse, absolument analogue à celle des adultes et évoluant vers l'endométrite cervicale ou vers l'endométrite fongueuse chroniques. C'est dire qu'elle reconnaît les causes habituelles : défaut de propreté et de soins élémentaires, vulvite blennorrhagique, masturbation, etc., infections souvent entretenues par des conditions anatomiques : vices de conformation ou arrêt de développement. De celle-ci nous n'avons point à nous occuper ici.

La seconde forme est appelée *métrite hémorrhagique*, du nom de son principal symptôme, l'hémorrhagie. Elle se montre sou-

(1) SNEGUIREFF, *Hémorrhagies utérines*, trad. française par H. VARNIER, Paris, 1886.

vent au moment de l'établissement des règles. La menstruation ne s'établit pas régulièrement ; après une ou plusieurs époques, souvent très douloureuses, survient une aménorrhée de durée variable, quelques mois en général. Les règles reparaissent plus abondantes, se rapprochent peu à peu, la jeune fille voit toutes les trois semaines, tous les 15 jours, ou même perd d'une façon à peu près constante avec des intervalles de repos de 3 ou 4 jours. Cette forme peut aussi débiter alors que la menstruation s'était déjà établie d'une façon régulière pendant quelques années. Quoi qu'il en soit, il survient assez rapidement des symptômes d'anémie que certains auteurs regardent comme la cause de la ménorrhagie : pâleur, faiblesse, palpitations, tendance à la syncope, tout le tableau des hémorrhagies abondantes.

Cette *fausse métrite* (1) évolue sans fièvre, avec un ensemble réactionnel faible ou nul ; elle reste localisée ; sa durée est très variable, car si l'on voit quelquefois les troubles métrorrhagiques s'amender rapidement, on a cité d'autres exemples terminés par la mort. Ce qui prouve bien que nous n'avons pas affaire à des lésions de la muqueuse, mais bien à un trouble circulatoire, est le critérium du traitement. Il n'est point besoin d'user des méthodes antiseptiques actuelles. Le traitement général : toniques, hydrothérapie, électrisation au besoin, suffisent à amener la guérison. Il faudrait, pour réfuter la pathogénie que nous indiquons, prouver par des préparations anatomo-pathologiques qu'il existe réellement des lésions vasculaires comparables à celles que nous mentionnons dans d'autres chapitres.

Nous pouvons admettre comme étiologie de ces métrorrhagies, qu'elles se rencontrent dans des organismes défectueux ou

(1) DOLÉRIS, Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1893, p. 51.

épuisés ; elle se résume dans la faiblesse congénitale ou acquise aussi bien des tissus utérins que des parois vasculaires, dans l'infiltration du tissu sous-muqueux et dans l'énergie insuffisante des éléments musculaires M. Doléris (1) compare ces phénomènes utérins à ceux des autres muqueuses : gonflement des lèvres et des conjonctives, des ailes du nez, etc., chez les strumeuses.

On trouvera dans la thèse de Bouton (2) de nombreuses observations de ces métrorrhagies, dont deux en particulier se terminèrent par la mort. Ces deux observations sont très anciennes et peut-être faut-il garder une prudente réserve à leur sujet, car Wheaton (3) a publié un cas semblable chez une jeune fille et a trouvé des lésions hémorrhagiques dans d'autres organes (le foie en particulier), ce qui fait songer à une maladie infectieuse.

Dalché (4) rapporte une autre observation avec guérison par un traitement simple ; il en existe de nombreuses autres que nous ne pouvons toutes citer (5).

En résumé, il n'y a pas de *métrite virgine hémorrhagique* au sens propre du mot. On observe chez les vierges des métrorrhagies liées à des troubles de circulation utérine d'ordre général.

On pourrait rapprocher de ces métrorrhagies virginales, les pertes abondantes quelquefois qu'on observe à la suite des premiers rapports sexuels (première, deuxième semaine) alors qu'il n'est guère possible de songer à une fausse couche et qui paraissent plutôt sous la dépendance d'une vive congestion. Nous avons le souvenir d'en avoir observé deux cas bien nets pendant notre internat.

(1) DOLÉRIS, *loc. cit.*, p. 55.

(2) BOUTON, *Thèse de Paris*, 1887.

(3) WHEATON, *Trans. obst. Soc. London*, 1892, XXXIV, 190.

(4) DALCHÉ, *Gaz. méd. de Paris*, 1885, n° 49, 581.

(5) GALLARD, *Lec. clin.*, p. 440.

§ 2. — **Métrite de la ménopause.**

« A la métrite virginale... correspond, à l'autre pôle de la vie génitale de la femme, ce qu'on pourrait appeler la *métrite de la ménopause*. Là encore, la même cause prédisposante, une vive congestion intervient et prête le flanc à toute cause efficiente d'inflammation utérine (1) ».

Comme pour la métrite virginale nous observons ici deux formes différentes, l'une de métrite chronique — qui peut avoir débuté pendant la période génitale de la femme, comme apparaître seulement à ce moment-là — et qui est d'origine infectieuse ; l'autre, souvent dénommée *métrite hémorragique*, mériterait plutôt le nom de *métrorrhagies de la ménopause*. Galabin (2), Levrat (3), Maurange (4), ont écrit sur ce sujet ; et elle était déjà contenue dans les chapitres *engorgement, fluxion, congestion* des anciens livres de gynécologie (Scanzoni, Aran, Courty). Notre maître, M. Doléris (5), en a parlé assez longuement dans un article récent. Ce syndrome éclate tantôt au moment des dernières règles, tantôt plusieurs mois, ou même un an après leur dernière apparition. Il est alors dénommé *retour d'âge*.

Nous retrouvons ici tous les caractères des métrorrhagies virginales : hémorrhagie d'abord courte, se répétant à certains intervalles et se rapprochant de plus en plus. Modifications de l'état général, anémie à un degré souvent inquiétant, pesanteur de tête, bouffées de chaleur, vertiges, palpitations.

(1) POZZI, *Gynécologie*, p. 173.

(2) GALABIN, *Trans. obs. Soc. London*, 1887, XXIX, 300.

(3) LEVRAT, *Prov. méd.*, 17 octobre 1891.

(4) MAURANGE, *Gaz. hebd.*, 1895, 21 septembre, p. 445.

(5) DOLÉRIS, *loc. cit.*, p. 193.

M. Doléris admet la théorie de troubles circulatoires ayant leur point de départ probable dans la suppression du molimen menstruel, et il compare très heureusement ces phénomènes à ceux qu'on observe après la ménopause artificielle réalisée par la castration. M. Bouilly (1) admet la même théorie de troubles circulatoires.

On a pu cependant constater ici des lésions de l'utérus.

Lorsque s'établit la ménopause, l'utérus est gros, mou, « succulent », il se fait de la prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Du côté de la muqueuse, hyperplasie conjonctive du derme étouffant peu à peu les glandes. Plus tard, le tissu conjonctif de nouvelle formation suit son évolution ordinaire, et l'on constate une atrophie de la muqueuse et une sclérose interstitielle du muscle remplaçant les fibres musculaires en dégénérescence.

Collinet explique tous ces phénomènes (2) par l'artério-sclérose physiologique se généralisant rapidement, à cet âge de la vie, à tout l'appareil génital.

Nous ne saurions donc considérer ces lésions de sclérose comme pathognomoniques d'une métrite hémorrhagique. Il n'y a pas de lésions vasculaires de la muqueuse ; au lieu de dilatations vasculaires, on constate de l'atrophie de la muqueuse. Il s'agit dans ces altérations de manifestations d'ordre sénile, analogues à celles qui se passent dans d'autres organes. Et, pour expliquer les métrorrhagies qui se produisent, nous dirons que dans les premiers temps de la ménopause, elles sont sous la dépendance de phénomènes congestifs en relation avec la cessation d'une ponte ovarienne et d'une fluxion utérine périodiques, et qu'à une époque plus tardive,

(1) BOUILLY, communication orale.

(2) COLLINET, Thèse de Paris, 1887, n° 201.

elles sont dues sans doute à la rupture d'un vaisseau sclérosé (analogue aux hémorrhagies capillaires du cerveau).

« J'ai observé que, quand des hémorrhagies apparaissent dans de vieux utérus, elles sont généralement considérables par le fait de la moindre quantité de l'élément contractile par rapport à l'abondance de l'élément conjonctif inerte » (Dolérís).

Les hémorrhagies de la ménopause sont assez fréquentes (1), mais il ne faut pas oublier la fréquence, bien plus grande encore, des métrorrhagies symptomatiques d'épithélioma de l'utérus. Le diagnostic sera souvent de la plus grande difficulté et si on observe quelquefois des modifications rapides de l'état général ou l'apparition d'une leucorrhée fétide, on sera, dans d'autres cas, obligé d'avoir recours à la dilatation de l'utérus, à l'exploration de sa cavité ou mieux, à l'examen microscopique d'un lambeau de muqueuse, pour acquérir une certitude.

Le traitement des métrorrhagies de la ménopause vient à l'appui de notre exposé de leur pathogénie. Il est des cas dans lesquels toute méthode réussit : cautérisations intra-utérines, curetage, simple dilatation du col, électricité. Ce sont des cas de congestion réflexe ; une simple irritation du muscle suffit à produire une contraction musculaire ou vasculaire arrêtant l'hémorrhagie.

Dans d'autres cas, même en l'absence de tout fibrome ou d'épithélioma, on voit les pertes continuer et entraîner un état grave. Ce sont des cas dans lesquels il existe une sclérose interstitielle et périvasculaire conservant béant le capillaire dont la paroi a cédé, à moins qu'il n'existe ici des lésions de métrite angioma-teuse analogue à celle que nous décrivons plus loin. Mais il n'y a

(1) MONOD E., *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 1892, XIII, p. 612.

pas encore d'observation de cette lésion dans les métrorrhagies de la ménopause. Le seul traitement curatif est en tout cas l'hystérectomie vaginale.

§ 3. — Métrorrhagies dans le cancer de l'utérus.

Les métrorrhagies ont peu d'importance dans le cancer du col de l'utérus. Delbet (1) nous apprend en effet que « tant qu'un cancer du col n'est pas ulcéré, il ne détermine aucun symptôme. Quand le néoplasme s'ulcère, surviennent les métrorrhagies ». Les signes physiques perceptibles à ce moment-là sont suffisants pour arriver au diagnostic. Nous n'insisterons pas.

Il en est autrement dans le cancer du corps, où les hémorrhagies acquièrent une bien plus grande importance.

Il n'y a rien de bien spécial à noter sur la façon dont se produisent les pertes. Tantôt il y a pendant un temps variable des métrorrhagies qui attirent peu l'attention, tantôt c'est en dehors des règles que survient une hémorrhagie, sous une influence très variable, coït, effort ou autre. D'autres fois, les premières hémorrhagies se voient un certain temps après la ménopause, elles n'inquiètent guère les femmes qui croient à un *retour d'âge*.

La plupart du temps les métrorrhagies sont assez abondantes, d'une durée de plusieurs jours et les intervalles qui les séparent diminuent de plus en plus. L'état général se modifie rapidement, la femme devient non seulement anémique du fait de ses pertes, mais cachectique du fait du néoplasme. C'est à cette période généralement qu'elles consultent. Plus tard les hémorrhagies sont remplacées par un écoulement ichoreux, roussâtre et fétide, dû à la destruction superficielle de la tumeur.

(1) PIERRE DELBET, *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, VIII, 478.

A quoi sont dues les hémorrhagies du début ? Disons de suite qu'elles ne sont pas constantes. Quand elles existent on les a attribuées à une *métrite hémorrhagique* symptomatique de la tumeur. Cette opinion n'est pas admise par les anatomo-pathologistes : les seules altérations qu'on a décrites, sont les lésions de l'endométrite chronique glandulaire ou interstitielle. Or, ou bien cette endométrite existait avant l'apparition du néoplasme, — nous connaissons sa fréquence, — ou bien elle a pu se développer depuis, l'irritation que provoquait dans la muqueuse le développement de l'épithélioma entraînant des conditions de vascularisation favorables à l'infection.

L'endométrite chronique du cancer est-elle la cause des pertes ? Combien de fois ne voit-on pas ses lésions évoluer dans un utérus sans qu'il y ait de métrorrhagies. Il est plus logique de penser, et nous parlerons plus à fond de cette théorie au chapitre suivant, Que le développement des cellules cancéreuses entraîne une irritation des terminaisons nerveuses intra-muqueuses ou peut-être la destruction des plexus nerveux vasculaires et que ces phénomènes provoquent, d'une façon réflexe, une congestion ou une stase suffisantes pour déterminer une hémorrhagie.

Si les caractères de la métrorrhagie ne sont pas suffisants pour servir au diagnostic du cancer de l'utérus, il ne faut pas perdre de vue qu'elles en sont un symptôme fréquent et un symptôme de début. Elles doivent éveiller l'idée de néoplasme principalement à l'âge de la ménopause. On se basera sur les phénomènes douloureux souvent intenses, sur les écoulements ichoreux, sur la présence d'une tumeur ulcérée ou non dans la cavité utérine, pour éliminer l'idée de métrite hémorrhagique. Dans la période de début pour peu que le diagnostic soit hésitant, il faut dilater le col et enlever des lambeaux de muqueuse qu'on porte sous le micros-

cope. Quand la métrite est éliminée, on fera le diagnostic des tumeurs entre elles, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

§ 4. — Métrorrhagies dans les fibromes.

Comme pour le cancer du corps de l'utérus, la fréquence de l'hémorrhagie dans les fibromyomes de ces organes a fait décrire à certains auteurs une métrite hémorrhagique symptomatique de ces tumeurs. Comme dans le paragraphe précédent nous pensons qu'on a confondu la lésion avec le symptôme. Il n'y a pas de métrite hémorrhagique, il y a des *métrorrhagies symptomatiques de fibromes*. Les lésions de la muqueuse que nous allons passer en revue sont, en effet, très variables et ne correspondent pas à celles de la métrite hémorrhagique vraie.

Disons d'abord quelques mots de la marche des hémorrhagies. Elles peuvent survenir à n'importe quel degré de l'évolution du fibrome, aussi bien dans de très volumineuses tumeurs que dans de petits noyaux infiltrant les parois de l'organe et à peine perceptibles à l'exploration clinique ; peut-être même plus fréquemment dans ce dernier cas. Elles ne sont pas cependant un symptôme constant puisqu'elles manquent presque toujours dans les tumeurs sous-séreuses et quelquefois dans les tumeurs interstitielles.

Ce symptôme ne s'installe pas d'une façon bruyante : ménorrhagie d'abord peu considérable puis durant 8, 10 jours ; métrorrhagie ensuite survenant sans cause apparente ; bref à un moment donné les femmes sont « toujours dans le sang ».

On voit donc de légères différences avec l'hémorrhagie de l'épithélioma qui est de plus courte durée et n'affecte pas la forme de ménorrhagies aussi prolongées. Il est évident que ces particularités

ne peuvent pas entraîner le diagnostic mais elles tiennent en éveil le clinicien attentif.

Quel est le point de départ de ces pertes ? On a vu quelquefois une grosse veine située à la surface de la tumeur se rompre soit spontanément, soit dans un traumatisme [fracture du bassin, Klob (1)] mais ces faits sont exceptionnels. Les fibromes ne sont pas vasculaires et le sang vient de la muqueuse.

Les lésions qu'on a décrites au niveau de celle-ci sont multiples :

Von Campe (2), dans un travail datant de 1884, dit que la muqueuse présente un travail inflammatoire intense et que ses lésions sont à peu près celles de l'endométrite fongueuse chronique. Parfois il y a des extravasations sanguines, *sans modification appréciable des vaisseaux*, et un début de métamorphose régressive dans le tissu interglandulaire. Il considère que ces altérations sont un effet de l'irritation due à la présence de la tumeur.

Ruge (3) confirme son dire.

Wyder (4) conclut d'une série de recherches personnelles qu'on observe :

1° Dans le cas de tumeur sous-séreuse, un développement extraordinaire de l'élément glandulaire ;

2° Dans les tumeurs interstitielles, soit de l'hypertrophie glandulaire, soit de l'hypertrophie interstitielle, soit encore une forme mixte, ou enfin — une seule fois — une muqueuse intacte ;

3° Dans les tumeurs saillantes, une muqueuse atrophiée avec sclérose interstitielle et disparition des glandes, avec de l'endométrite glandulaire ou interstitielle au voisinage de la tumeur.

Il ajoute que les métrorrhagies ont été abondantes quand il exis-

(1) KLOB, cité par PIERRE DELBET, in *Traité de chirurgie*, VIII, 434.

(2) VON CAMPE, *Berl. klin. Wochens.*, 22 décembre 1884.

(3) RUGE, *Ibid.*

(4) WYDER, *Arch. f. gyn.*, XXIV, I, 1887.

tait de l'endométrite interstitielle ou de l'hypertrophie glandulaire intense.

Borissow (1), en ce qui concerne le rapport des hémorrhagies avec les modifications de structure de la muqueuse, a trouvé dans des cas de ménorrhagies, de la métrite glandulaire ou de la métrite mixte, et sur 11 cas de métrorrhagies : 7 fois de l'atrophie de la muqueuse, 2 fois de l'endométrite interstitielle, 1 fois de l'endométrite glandulaire ou mixte. Fréquemment aussi il nota — il est le premier à le faire — la présence d'une grande quantité de vaisseaux sanguins fortement dilatés sous la couche superficielle de la muqueuse.

Que penser de lésions aussi diverses ?

Nous concluons avec Semb qu'il n'y a pas de lésion caractéristique ; nous n'avons pas affaire ici à une métrite hémorrhagique, nous avons affaire aux lésions habituelles de l'endométrite chronique, qu'elle s'accompagne de lésions glandulaires ou de lésions interstitielles. Quant à son origine, il est possible qu'elle soit infectieuse — soit d'origine récente, favorisée par les troubles circulatoires, soit préexistant au fibrome — il est plus probable qu'il s'agit, comme le veut Treub (2), d'une simple hypertrophie se développant sous l'influence de troubles de la circulation et dans laquelle l'inflammation n'a rien à voir.

Quant à la pathogénie des hémorrhagies, elle est la suivante : dès le début de son développement, le myome exerce sur l'utérus une irritation qui se traduit par une hyperémie constante, à mesure qu'il augmente de volume, il provoque des troubles circulatoires dans le muscle et la muqueuse, et sous l'influence de l'augmentation de pression et de la stase sanguine, les parois des petits

(1) BORRISOW, *Sem. méd.*, 18 mars 1896, n° 15, 119.

(2) TREUB, *Gaz. méd. de Paris*, 1892, n° 49, 582.

vaisseaux subissent la dégénérescence graisseuse ou calcaire et sont tout prêts pour la rupture. Il se fait ainsi des extravasations sanguines qui détachent la couche superficielle de la muqueuse et convertissent la surface de la tumeur en une large plaie saignante (1)

Le rôle des troubles circulatoires se trouve confirmé par une observation de Rokitansky (2), dans laquelle l'hémorrhagie s'est faite par une veine vésicale dilatée.

On doit rapprocher des métrorrhagies dans les fibromes, celles des polypes fibreux intra-utérins qui ne diffèrent des myomes sous-muqueux que par leur pédiculisation. Les lésions muqueuses et la pathogénie des métrorrhagies sont identiques. Dupont (3) a constaté, en effet, que des vaisseaux souvent volumineux se distribuent au polype. Or au niveau du pédicule, il faudrait, pour les atteindre, une ulcération assez profonde, ce qui est exceptionnel. Tandis qu'au pôle de la tumeur, ces vaisseaux se trouvent convertis en un réseau riche et fin dont les capillaires sont susceptibles de se briser sous la moindre congestion. C'est donc cette partie du polype qui prend part à l'hémorrhagie, ainsi que la muqueuse environnante qui est violacée et congestionnée. Il peut aussi y avoir une érosion superficielle du polype s'ajoutant aux causes invoquées pour augmenter la perte.

§ 5. — Métrorrhagies dans les lésions annexielles.

Le rôle des lésions des annexes dans les hémorrhagies utérines

(1) BORRISOW, *loc. cit.*

(2) ROKITANSKY, cité par PIERRE DELBET in *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, VIII, 434.

(3) A. DUPONT, Thèse de Paris, 1878.

n'est connu que de date récente. On trouve notées, chez les auteurs anciens, les pertes de sang dans quelques rares cas de tumeurs de l'ovaire, solides ou kystiques, mais les lésions annexielles peu marquées passaient inaperçues et la plupart des métrorrhagies qui en relevaient étaient considérées comme des métrorrhagies essentielles.

Il est rare d'observer de vraies métrorrhagies ; c'est principalement sous la forme de troubles menstruels que se montrent les pertes. Il existe souvent une période d'aménorrhée après laquelle la malade est prise d'une ménorrhagie abondante pouvant durer une dizaine de jours. Les phénomènes se calment et les règles reviennent aussi abondantes sinon plus. Ces pertes exagérées entraînent rapidement un état d'anémie et d'affaiblissement inquiétant.

Ce qui caractérise l'hémorrhagie annexielle, c'est, principalement dans l'oophoro-salpingite, les douleurs souvent intenses qui marquent le début, la fin ou même toute la durée des règles. On peut observer, même en dehors des pertes sanguines, des coliques salpingiennes, c'est-à-dire l'évacuation, après une crise douloureuse très pénible, d'un flot de liquide séreux ou séro-purulent qui provient de l'utérus et non, comme on le croyait, de la collection salpingienne.

Le caractère bien net de ces hémorrhagies doit donc faire présumer une lésion annexielle que viendra démontrer l'examen physique.

Les affections susceptibles de provoquer ces troubles sont très rarement les kystes de l'ovaire, plus souvent les tumeurs solides, les hémorrhagies ovariennes (1), plus fréquemment encore l'ovaro-

(1) RICHARDIÈRE, *Annales gynécol.*, 1882, 241.

salpingite. Czempin (1) admet aussi que les exsudats para ou péri-métritiques peuvent les déterminer. Ce qui prouve bien qu'il s'agit ici de métrorrhagies et non de métrite hémorrhagique, c'est que l'examen anatomo-pathologique de la muqueuse a montré aussi fréquemment une muqueuse normale que des lésions de métrite glandulaire ou interstitielle.

Czempin compare au point de vue pathogénique ces hémorrhagies à la menstruation.

Brennecke (2) admet que la menstruation est produite par « l'excitation que détermine le développement des cellules de l'ovaire sur les faisceaux nerveux du parenchyme de cet organe ». Si ce développement perd de son intensité ou que des phénomènes pathologiques s'opposent à la rupture des follicules, la congestion de la muqueuse utérine n'atteint pas le degré suffisant pour qu'il y ait hémorrhagie, mais persiste et, en se perpétuant, provoque l'hyperplasie des éléments constitutants de la muqueuse. Lorsqu'une nouvelle fluxion se produit sur cette muqueuse tuméfiée, elle entraîne une hémorrhagie qui a peu de tendance à s'arrêter.

Il est possible aussi que l'affection tubo-ovarienne détermine simplement une irritation de l'ovaire. Celle-ci, se joignant à l'irritation physiologique liée à la rupture du follicule, exagère le réflexe normal et provoque une hémorrhagie. Quoiqu'il en soit des théories, il s'agit ici d'un réflexe nerveux et vasculaire et l'échec du traitement de ces hémorrhagies par le curettage vient à l'appui de l'idée de cause extra-utérine.

(1) CZEMPIN, *Revue Hayem*, XXXI, 132.

(2) BRENNECKE, *Arch. f. gynæk.*, 1882, XX, 455.

CHAPITRE III

Métrorrhagies dans les métrites.

§ 1. — Métrites aiguës.

Les métrorrhagies sont fréquentes dans les infections aiguës de l'utérus. Mais, perdues au milieu d'un cortège de symptômes graves, elles attirent peu l'attention et sont reléguées au second plan. Les deux grandes causes d'infection aiguë sont l'accouchement ou l'avortement, et la blennorrhagie. Quand la métrite relève de l'expulsion du produit de conception, l'infection se produit quelquefois par les microbes pathogènes sommeillant dans le vagin, ou le col de l'utérus (1), plus souvent par la septicémie des instruments ou des mains employés pour l'accouchement. Il ne faut pas confondre avec cette métrite aiguë, la septicémie puerpérale, infection beaucoup plus intense et généralisée et dans laquelle les lésions utérines s'effacent devant l'état général. Dans l'infection blennorrhagique, la métrite est généralement précédée de phénomènes vaginaux ou uréthraux.

Les lésions anatomo-pathologiques, en raison de leur acuité, sont généralement localisées à la muqueuse ; on observe cependant une augmentation de volume de l'organe qui est ramolli, dont le col est turgescent, violacé. La muqueuse est rouge et présente des arborisations vasculaires. Elle offre son maximum de lésions

(1) WINTER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XIV, 2. — DOEDERLEIN, *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 44, p. 886.

au niveau du corps qui est souvent seul malade. Au microscope, on constate que l'épithélium a disparu et que tout le stroma est infiltré de cellules embryonnaires et a perdu son aspect normal. Quelques glandes sont dilatées et on rencontre de très nombreux vaisseaux distendus et gorgés de sang. On comprend facilement que les capillaires si fragiles, dont la paroi est soutenue par du tissu embryonnaire en voie constante de nécrose et d'élimination, se rompent fréquemment et donnent lieu à des hémorrhagies. Telle est leur pathogénie.

L'élimination des parties nécrosées a été assez intense pour qu'on décrivit une forme spéciale, la *métrite disséquante*.

Les symptômes sont très caractéristiques : frisson, fièvre, douleur intense, survenant soit après un accouchement, soit avec une infection vaginale ou urétrale.

Les menstruations sont très douloureuses, et les pertes, irrégulières dans leur apparition, surviennent au milieu de ces phénomènes très aigus entremêlées d'un abondant écoulement purulent. Le diagnostic pathogénique de ces métrorrhagies est donc facile ; il est commandé par les commémoratifs et cet état aigu. Si quelque doute restait, l'examen physique révélant l'issue de pus, l'exquise sensibilité utérine, l'augmentation de volume de l'organe et la température locale, suffirait à l'affirmer.

La durée des métrorrhagies est peu considérable, elles ne se voient que dans la période aiguë ; quand arrive la phase chronique, elles cessent, probablement parce que le tissu embryonnaire inflammatoire a fait place à un tissu organisé.

Dans les métrites aiguës, tout le monde est d'accord, il ne saurait s'agir de métrite hémorrhagique. Ce sont des métrorrhagies, ainsi que le prouvent et l'anatomie pathologique et la marche de l'affection.

§ 2. — Métrites chroniques.

Nous n'avons point à décrire ici les métrites chroniques ; il faudrait un volume pour mettre la question au point. Nous nous occuperons seulement des hémorrhagies auxquelles elles donnent lieu. Ces pertes de sang affectent deux formes : l'une très fréquente la ménorrhagie, l'autre plus rare (1) la métrorrhagie. Les premières s'expliquent à merveille par l'intensité d'action que peut acquérir le réflexe menstruel sur une muqueuse malade et peu résistante.

Quant aux métrorrhagies, elles sont très variables ; tantôt les femmes ne voient que quelques gouttes de sang, tantôt il s'agit de pertes abondantes, répétées à brève échéance et entraînant une anémie extrême.

Les lésions anatomiques capables d'expliquer ces hémorrhagies sont variables. C'est ainsi qu'on n'observe pas ces symptômes dans la forme de métrite glandulaire ou dans la forme mixte à la fois glandulaire et interstitielle. Elles se voient surtout dans la forme interstitielle pure, dans laquelle les vaisseaux profonds de la muqueuse sont souvent dilatés. Comme dans ces cas l'épithélium s'altère profondément et tombe et que le tissu embryonnaire, en prolifération active par place, subit une dégénérescence en d'autres points et s'élimine, on comprend facilement la production d'une hémorrhagie par rupture capillaire. Les phénomènes inverses s'observent aussi : un vaisseau capillaire se rompt et détermine la chute de la couche embryonnaire qui le séparait de la surface de la cavité.

(1) PIERRE DELBET, *Traité chir.*, VIII, 393.

La métrite chronique, quelle que soit sa forme anatomique, s'accompagne de la formation de fongosités par l'hypertrophie de certains points de la muqueuse. De Sinéty (1), dans son admirable étude de ces lésions, dit que certaines fongosités peuvent être presque uniquement composées de vaisseaux et explique ainsi les hémorrhagies. Nous pouvons rapprocher de ces « granulations » vasculaires, les polypes muqueux qui n'en sont que l'exagération et qui sont fréquents dans les vieilles métrites. Certains de ces polypes sont vasculaires — surtout à leur base — et on sait leur coïncidence fréquente avec les métrorrhagies.

Nous pouvons en rapporter une observation inédite due à l'obligeance de notre maître M. le Dr Monod et dont notre ami, le Dr Macaigne a bien voulu nous faire l'examen histologique.

OBSERVATION I (inédite).

La nommée Tour... Joséphine, âgée de 38 ans, entre dans le service de M. le Dr Monod, à l'hôpital St-Antoine.

La malade, toujours bien réglée depuis l'âge de 17 ans, a eu deux enfants à terme, avec des accouchements normaux et sans suites. Cependant, elle commença à perdre un peu en blanc à la suite de ses couches et, depuis quatre ans, ces pertes blanches s'accompagnèrent de troubles de la menstruation. Ses règles au lieu de durer 3 ou 4 jours, comme par le passé, augmentèrent peu à peu jusqu'à durer 10 et 12 jours, en même temps qu'elles étaient plus rapprochées. Actuellement, elle a quelques jours seulement de répit chaque mois. Son état général est mauvais, elle est très anémiée, ses téguments sont pâles, ses lèvres décolorées ; elle est d'une très grande faiblesse. Ses pertes consistent en sang rouge, liquide, sans aucune odeur.

L'examen physique révèle un col gros, dur, un peu ulcéré, sans fongosités. Le corps de l'utérus est gros, mobile, sans douleur ; les an-

(1) DE SINÉTY, *Gynécologie*, 331.

nexes sont absolument saines. L'hystéromètre révèle une cavité de 10 centimètres et détermine une abondante hémorrhagie.

En présence de l'âge de la malade, de son état cachectique, de ce gros utérus et des méno-métrorrhagies, on soupçonne une altération néoplasique du corps de l'utérus et on propose l'hystérectomie vaginale. La malade ne s'y décidant pas, on la laisse reposer quelque temps et elle part pour le Vésinet. On la ramène le 4 mars avec de telles métrorrhagies qu'elle est admise d'urgence. Elle est syncopale. Cet état dure plusieurs jours pendant lesquels on essaie de la remonter. L'examen physique confirme les signes déjà constatés, sauf que l'utérus est un peu plus gros. Cependant en l'absence de toute lésion perceptible de la cavité du col, on réserve le diagnostic d'épithélioma.

24 mars. — Hystérectomie vaginale, facile.

Les suites furent très simples, la malade se remonta rapidement et sortit guérie, sans aucun accident, le 11 mai.

En incisant l'utérus enlevé on ne constate aucun fibrome, aucune altération néoplasique de la muqueuse : il existe sur la face postérieure, implanté près du fond un polype muqueux qui paraît la cause des métrorrhagies.

Examen histologique. — L'utérus, coupé dans toute son étendue montre, que d'une manière générale, la muqueuse a un aspect normal. Sur sa face postérieure existe un petit polype, qui a l'aspect d'un polype muqueux, long de 2 centimètres, épais d'un centimètre environ, ayant la forme d'un battant de cloche, et présentant par le fait, un pédicule d'implantation moins épais que la partie inférieure.

Au point de vue macroscopique, la muqueuse qui avoisine le polype paraît un peu épaissie avec une surface friable.

La coupe histologique a porté à la fois sur le polype et sur un point distant de 2 centimètres au-dessous de son implantation.

Le polype présente les caractères histologiques du polype muqueux : ce sont des culs-de-sac glandulaires arrondis, ovoïdes, ou allongés, plongés dans une gangue de tissu conjonctif lâche, parsemé de cellules rondes et de quelques fentes vasculaires. C'est en somme une véritable prolifération de la muqueuse utérine.

La muqueuse utérine située à 2 centimètres du polype présente une structure qui rappelle celle du polype.

D'abord à la partie profonde rien d'anormal n'apparaît, à part une grande richesse de cellules rondes ou ovoïdes englobant les culs-de-sac glandulaires et formant une couche épaisse, dense, en contact avec les fibres musculaires.

En se portant vers la surface, les caractères de la muqueuse changent : la richesse des cellules conjonctives diminue de place en place, et cette raréfaction des cellules permet de mieux voir la trame conjonctive qui était invisible dans la zone profonde.

Cette trame conjonctive est constituée par un tissu réticulé formé de fines fibres conjonctives entrecroisées en tous sens et parsemées à leurs intersections de cellules conjonctives rondes ou ovoïdes. Cet aspect fait aussitôt penser que ce tissu doit être extrêmement friable.

Les glandes sont parsemées, çà et là dans ce tissu réticulé, coupées en différents sens et manifestant une prolifération incontestable par leurs sinuosités. La muqueuse dans son ensemble est notablement épaisse.

Quant aux vaisseaux, en aucun point ils ne se montrent ni dilatés, ni multipliés ; rien qui rappelle un aspect angiomateux quelconque.

Dans la partie profonde de la muqueuse, on voit les vaisseaux capillaires contenant des globules sanguins.

Leur aspect est normal ; ils ne sont pas dilatés. Tout au plus existe-t-il autour d'eux une infiltration embryonnaire plus riche.

Dans la partie superficielle, on voit aussi des capillaires contenant des globules légèrement dilatés ou vides, et indiqués alors seulement par la direction des noyaux fusiformes de leur paroi. En d'autres points se montrent de nombreux globules sanguins, perdus dans la trame du tissu conjonctif aréolaire.

Il semble donc qu'en raison de la friabilité de ce tissu, il se fasse avec facilité des sortes d'hémorragies interstitielles. Et, l'absence de vaisseaux thrombosés, dilatés ou détruits, permet de supposer que, dans ce tissu sans consistance, les capillaires mal soutenus, laissent échapper aisément les globules sanguins.

Peut-être s'explique ainsi le suintement hémorrhagique qui se faisait à la surface de la muqueuse.

En tout cas, un fait incontestable est l'absence de prolifération et d'engorgement vasculaire dans la muqueuse.

La coupe du muscle utérin a montré la même intégrité du système vasculaire sanguin.

Il existe donc dans la métrite chronique dite *hémorrhagique* des lésions diverses de la muqueuse : glandulaires, interstitielles ou mixtes ; on rencontre quelquefois, surtout dans la forme interstitielle, des fongosités contenant des vaisseaux, et dans la forme mixte des polypes muqueux avec développement vasculaire. Dans l'un et l'autre cas, il peut se faire des ruptures vasculaires entraînant des hémorrhagies.

Il nous semble que ces raisons ne sont pas suffisantes pour appeler cette métrite *hémorrhagique*. Au point de vue anatomique, l'expression n'est pas justifiée : si l'on appelle métrite glandulaire des altérations de la muqueuse utérine portant sur les glandes ; métrite interstitielle, les lésions du stroma ; métrite mixte, une combinaison de ces deux altérations ; on doit comprendre sous le nom de métrite hémorrhagique *les seules altérations vasculaires de muqueuse utérine*. Or ce n'est pas le cas de la métrite hémorrhagique décrite dans les livres.

M. Pozzi a, il est vrai, bien spécifié dans son traité, qu'il n'avait en vue dans sa classification que les caractères cliniques. Nous sommes donc de son avis au sujet de l'absence de lésions anatomiques. Cependant il nous semble excessif de qualifier d'hémorrhagique toute affection où se voient des pertes de sang. Déjà la plupart des auteurs refusent la qualification de métrite hémorrhagique aux lésions de la muqueuse dans les fibromes, etc. ; nous pensons qu'il faut étendre cette restriction qui a pour but de fixer les idées, et ne pas ajouter au terme *anatomique* de métrite, un qualificatif *clinique* d'hémorrhagique. Disons donc qu'il y a des métrites cliniquement hémorrhagiques ou mieux des métrorrhagies dans les métrites.

Quant à nous, d'ailleurs, nous sommes persuadé qu'en soustrayant de ce qu'on a appelé jusqu'à présent métrite hémorrhagique, tous les cas d'endométrites déciduales (post-abortives), tous les troubles vasculaires des vierges ou de la ménopause et ceux des tumeurs, il ne reste guère que la vraie métrite hémorrhagique récidivante que nous décrirons plus loin et très peu de métrorrhagies graves dans les métrites chroniques.

CHAPITRE IV

Endométrite déciduale.

Les auteurs allemands donnent à cette affection le nom d'endométrite post abortum. Ce terme peut amener des confusions puisqu'on peut observer après une fausse couche, une endométrite aiguë ou subaiguë d'origine infectieuse, dont l'évolution et les lésions sont bien différentes. Nous préférons donc le terme d'endométrite déciduale qui fixe absolument les idées.

L'endométrite déciduale est la cause la plus fréquente de métrorrhagies pendant la période génitale de la vie de la femme. Son existence est connue de date relativement récente. Les auteurs anciens savaient bien que la rétention de la totalité ou d'une grande partie du placenta déterminait de graves phénomènes, hémorrhagiques d'abord, infectieux ensuite, mais ils ignoraient que la présence dans l'utérus d'une simple villosité choriale souvent très petite, à peine perceptible, est susceptible de provoquer une perte abondante et prolongée.

Lorsque la renaissance du curettage dans les métrites — après de nombreuses publications, en particulier celles de M. Doléris — permit de contrôler *de visu* les lésions de la muqueuse et de fournir aux examens histologiques des pièces absolument fraîches et par conséquent propres à l'étude, on nota souvent des débris placentaires dans les produits qu'on extrayait. On eut ainsi la raison anatomique du fait étiologique que les cliniciens avaient

noté : la fréquence de la métrite hémorrhagique après l'avortement.

Mais il n'est pas besoin qu'il reste un cotylédon volumineux pour provoquer l'endométrite déciduale.

Küstner (1) le premier auteur qui ait travaillé ce sujet au point de vue histologique, a montré dans une métrite consécutive à un avortement, la présence d'éléments de la caduque. Et Fritsch, Schröder (2) et A. Martin (3), admettent que l'inflammation s'étend à toute la muqueuse ayant comme point de départ, des îlots de caduque.

Le rôle pathogène de ces restes de caduque est fort obscur. Peut-être y a-t-il un élément infectieux surajouté, empêchant la subinvolution utérine et la régression de ces cellules au type normal ; peut-être ne s'agit-il pas de métrite dans le sens microbien du mot, nous ne pouvons le dire à cette heure.

L'endométrite déciduale a comme principal symptôme, c'est un fait banal en clinique, la métrorrhagie, et c'est elle surtout qui a grossi le nombre des soi-disant métrites hémorrhagiques. Beaucoup d'auteurs emploient encore ce terme en parlant d'elle. Nous préférons la dénomination de *déciduale* qui est plus exacte.

Les hémorrhagies se montrent quelques jours après un avortement, et dans ce cas elles sont facilement rapportées à leur véritable cause. D'autrefois, la malade ne sait pas qu'elle a fait une fausse couche ; mais, en précisant l'interrogatoire, on apprend que les règles, toujours régulières jusque là, ont subi un retard de quelques jours ou de quelques semaines.

La marche des métrorrhagies est typique. Dès qu'elles se sont

(1) KÜSTNER, *Arch. f. gyn.*, XVIII, 252.

(2) SCHROEDER, *Mal. des org. gén.*, Trad. fr., 1886, p. 124.

(3) MARTIN, *Mal. des femmes*, Trad. fr., 1889, p. 245.

montrées, elles ne cessent plus. La malade perd plus ou moins chaque jour, mais il ne se passe pas une journée sans perte. Il est étonnant de voir avec quelle facilité l'organisme de la femme supporte ces saignées ; ce n'est que longtemps après le début, que l'anémie et l'affaiblissement sont marqués.

C'est souvent alors qu'elles arrivent à l'hôpital et l'on constate un col mou, ouvert souvent, admettant la phalange : un utérus gros, mou, douloureux.

Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse ?

Schrøder (1) admet que des ilots de cellules de la caduque persistent au lieu de subir leur métamorphose régressive et qu'il se produit autour d'eux une prolifération très active de petites cellules. Il insiste sur la grande différence qu'il y a entre ces lésions d'*endométrite post partum* et les rétentions placentaires qu'il appelle hémorrhagies post partum. Il est probable qu'il a en vue la rétention de la totalité ou d'une grande partie du placenta. Delbet admet la présence des cotylédons : « On y voit aussi des villosités choriales dont les vaisseaux sont en train de s'atrophier par une prolifération extrême de leur membrane interne » (2).

Dans l'observation inédite, que nous rapportons à la fin de ce chapitre, il y avait aussi rétention d'un petit cotylédon. On voyait sur la coupe entre les villosités et le muscle utérin de très nombreux groupes de cellules déciduales, au-dessus de la couche des glandes ; ces groupes se retrouvaient entre les villosités. Nous renvoyons pour plus de détail à notre observation.

Ces ilots de caduque, surtout s'il persiste un cotylédon placentaire, peuvent donner naissance à des polypes qui conservent dans

(1) SCHRØDER, *loc. cit.*, p. 125.

(2) PIERRE DELBET, *Traité chir.*, VIII, 373.

(3) SÆNGER, *Arch. f. gyn.*, 1891, 481.

leur structure ces grandes cellules déciduales. R. Maier qui les considérait comme des néoplasmes leur avait donné le nom de déciduomes. Sænger (3) ne considère comme néoplasme que des sarcomes prenant naissance au niveau de la caduque, composés surtout de grandes cellules déciduales. Ce sont les déciduo-sarcomes. Nous ne pouvons y insister.

Comment ces lésions de la muqueuse peuvent-elles produire les métrorrhagies ?

La théorie du resserrement incomplet de l'utérus et de ses vaisseaux est applicable seulement quand il s'agit de rétention placentaire partielle ou de volumineux cotylédons. Elle n'a rien à faire dans le cas d'endométrite déciduale due à de simples restes de la caduque ou à quelques rares villosités choriales. Or il n'y a pas développement vasculaire marqué, ou du moins, il n'est pas noté dans les observations. Il est probable qu'il s'agit ici d'une congestion réflexe sur une muqueuse malade, analogue à ce qui se passe lors de polypes intra-utérins ou encore semblable à celle que détermine les lésions de l'épithélioma de la muqueuse au début.

Ce qui tendrait à le prouver, c'est le succès constant que donne dans ces cas l'ablation de la muqueuse malade. La cause d'irritation étant supprimée, l'hémorrhagie cesse ; l'endométrite déciduale est le triomphe du curettage.

Nous concluons donc que l'endométrite déciduale est la cause la plus fréquente des métrorrhagies, mais qu'elle n'est pas une métrite hémorrhagique au sens anatomique du mot. Les lésions vasculaires sont d'importance secondaire. Nous rapportons une observation probante à cet égard.

OBSERVATION II (inédite),

due à l'obligeance de M. le Dr MONOD.

La nommée Rob... Elise, âgée de 29 ans, sans profession, entre le 2 avril 1894, dans le service de M. le Dr Monod, à St-Antoine, pour des métrorrhagies abondantes dont le début paraît remonter à 6 mois.

Elle n'a aucun antécédent notable, ni héréditaire, ni personnel. Elle a été réglée à 15 ans 1/2, toujours régulièrement.

Elle a eu 2 enfants à terme, avec accouchements normaux, sans suites ; le dernier il y a 2 ans.

Elle s'en était bien remise et ses règles étaient devenues normales. Il y a 6 mois, sans que la malade puisse dire si elle a eu un léger retard, ses règles sont venues très abondantes et ont duré un mois.

Depuis ce moment, elle a de grandes hémorrhagies tous les 15 jours, des pertes moins abondantes dans l'intervalle, et dans les jours intermédiaires, elle perd encore un liquide rosé clair, sans odeur.

Elle ne souffre nullement et se plaint seulement d'une tendance à la constipation.

Examen actuel. — Lèvres dures et scléreuses, col entr'ouvert, regardant presque directement en avant dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse dure, arrondie, lisse, non douloureuse, du volume d'une petite orange, mobile, en continuation avec le col de l'utérus. C'est manifestement le corps de celui-ci, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le palper et le toucher combinés.

Les annexes sont saines.

En présence de ces grandes hémorrhagies et du volume de l'utérus on porta le diagnostic de fibromes interstitiels ou sous-muqueux et on décida l'hystérectomie vaginale.

5 avril. — Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen. 2 grands clamps de chaque côté sur les ligaments. Tout se passa facilement.

Examen de la pièce. — L'utérus est sectionné complètement suivant sa longueur. La muqueuse paraît absolument normale sauf au fond de la cavité du corps, qui est occupé par une masse grosse comme une noix, adhérent à la muqueuse utérine par la plus grande étendue de sa surface. Cette adhérence est facile à vaincre et les surfaces désunies

sont chagrinées, tomenteuses : on vient donc de détruire un tissu friable.

Sur la coupe cette masse est rouge sombre, parsemée de petites taches claires.

Au microscope, on voit que cette tumeur est un fragment du placenta resté adhérent, c'est un cotylédon.

En effet, l'ensemble de la tumeur est composé de coupes de villosités parfaitement reconnaissables, plongées dans une gangue d'une substance amorphe, prenant vivement le carmin.

Cette substance intermédiaire se montre par places parsemée de petits groupes de cellules déciduales, polygonales ou allongées selon l'étirement de la bandelette accompagnant les villosités.

En se rapprochant de l'utérus, la trainée de cellules déciduales est de plus en plus nette ; toutefois les cellules ont peu d'affinité pour les matières colorantes.

A l'union de la tumeur et de l'utérus on trouve d'abord le muscle utérin, puis la muqueuse utérine amincie, riche en petites cellules rondes, parsemées de culs-de-sac glandulaires aplatis dans le sens de la cavité utérine et tapissées de cellules cubiques arrondies ou aplaties.

Insensiblement, on arrive aux cellules déciduales qui envoient leurs trainées entre les villosités. Ces cellules déciduales s'aplatissent, s'allongent, et semblent par leur dégénérescence amorphe, constituer cette trame réticulée qui englobe les villosités.

Celles-ci sont nettes, mais semblent aussi se nécroser par places ; elles ne sont pas contiguës : la substance intermédiaire qui les sépare, est abondante par places, tantôt amorphe, tantôt réticulée et semée de cellules très polymorphes qui sont des cellules déciduales.

Enfin, par places, il y a de petits foyers hémorragiques, sans parois ; les vaisseaux manquent ou sont rares.

En résumé : rétention d'un cotylédon placentaire en voie de dégénérescence. Quant à la muqueuse utérine au delà de la tumeur, elle n'a pas été examinée histologiquement, mais ne présentait à l'œil nu rien d'anormal.

Suites. — Les suites opératoires furent simples. Les pinces furent retirées le 7 avril, il y eut un très léger suintement sanguin qui dura quelques jours. Elle sortit le 25 avril guérie et fut revue à la fin de mai en parfaite santé.

CHAPITRE V

Métrite hémorrhagique.

TRANSFORMATION CAVERNEUSE DE LA MUQUEUSE, MÉTRITE ANGIOMATEUSE.

Nous avons passé en revue jusqu'ici les causes les plus fréquentes des métrorrhagies et nous avons vu que ce symptôme se montrait tantôt lors de troubles vasculaires d'origine réflexe, tantôt dans des affections avec altérations anatomiques de l'organe, mais que dans aucun cas il n'y avait de lésions assez spéciales et assez constantes pour l'élever, comme certains auteurs l'ont fait, à la dignité de maladie particulière, de métrite hémorrhagique. C'est pourquoi la plupart des gynécologistes actuels remplacent cette appellation par celle plus juste de métrorrhagie.

Il existe cependant des modifications de la muqueuse utérine qui ne portent que sur l'élément vasculaire, qui déterminent un ensemble de symptômes à évolution bien spéciale.

C'est de cette forme que nous allons nous occuper.

Disons de suite que les altérations des vaisseaux portant souvent sur toute la muqueuse ou même jusque dans le tissu musculaire, expliquent l'insuccès constant que donne le curettage en ces cas.

HISTORIQUE. — Les anciens auteurs ne connaissaient guère — en dehors des tumeurs — que les métrorrhagies dans la métrite chronique et ils englobaient sous le nom de fluxion, de congestion ou d'engorgement, la plupart des métrorrhagies d'ordre réflexe que nous avons étudiées.

Récamier (1) dans son remarquable travail parle bien d'engorgements de nature érectile, formés d'un réseau de capillaires que leur structure rapproche tout à fait des tumeurs hémorroïdaires sujettes aux alternatives de congestion et de déplétion. Il est difficile de trouver le rapport de ces lésions avec celles de la métrite hémorrhagique.

Gallard ne reconnaît pas cette affection, ce n'est pour lui qu'une des phases de la métrite chronique. Et il décrit, en effet, des ulcérations superficielles avec développement des vaisseaux autour d'elles. Il reconnaît la gravité de cette « phase » puisqu'il cite une observation de Hemey terminée par la mort et les cas identiques de West, Obre, Whitehead (2).

Churchill adopte les idées de Gallard.

De Sinéty énonce la même opinion. Il est le premier à décrire des lésions vasculaires ; il reconnaît dans la métrite chronique trois ordres de végétations : glandulaires, embryonnaires et vasculaires, expliquant par ces dernières les hémorrhagies si fréquentes.

Mais avec la possibilité d'obtenir, par les opérations, des pièces fraîches, les examens histologiques deviennent plus précis et les travaux de Mayer, de Bennet, Ruge et Veit, Schröder, Martin, Fishel, Von Campe, Wyder, Cornil fixent désormais l'anatomie pathologique des métrites.

Aucun de ces auteurs ne décrit de forme vasculaire. La seule forme hémorrhagique qu'on admette est l'endométrite déciduale après les travaux de Küstner, de Klotz, etc. La métrite hémorrhagique est confondue avec elle. En 1889, Jackson (3) rap-

(1) RÉCAMIER, *Union méd.*, Paris, 1850, p. 93 et suiv.

(2) HEMEY, WEST, OBRE, WHITEHEAD cités par GALLARD ; *Mal. d. fem.*, p. 494, 495, 496.

(3) JACKSON, *Med. News*, 1889.

porte cinq cas de métrorrhagie dont 4 étaient d'origine inconnue, sans lésions utérines ou annexielles macroscopiques et qui furent rebelles à plusieurs curettages. L'absence d'examen anatomique enlève la plus grande valeur à ces observations. C'est M. Pozzi qui la met en vue, en l'élevant à la hauteur d'une forme clinique ; mais il ne décrit pas ses caractères anatomiques qui restent ceux de la métrite chronique.

M. Pierre Delbet, dans son article que nous avons souvent cité, décrit une endométrite anatomiquement hémorrhagique avec des lésions vasculaires prédominantes et accompagne sa description d'une belle planche, mais ne décrit pas l'évolution clinique de cette forme.

L'année suivante en 1893, notre maître, M. Quénu (1), présentait à la Société de chirurgie une observation de métrite hémorrhagique qui avait résisté à tous les traitements habituels et dans laquelle il avait trouvé une « transformation caverneuse de la muqueuse utérine ».

Nous pouvons rapprocher de ce cas, deux observations, l'une de MM. Pichevin et Petit (2), l'autre de MM. Pilliet et Baraduc (3), parues tout dernièrement. Tels sont les seuls travaux qui ont trait à la métrite hémorrhagique, nous allons, en y joignant nos observations personnelles, en tenter une description qui, il est probable, sera modifiée à mesure qu'on connaîtra mieux cette obscure question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans toutes les observations que nous possédons, l'utérus était uniformément augmenté de volume ; il est gros et épais ; sa longueur totale est de 9-11 centimètres ; la

(1) QUÉNU, *Bull. soc. chir.*, 1893.

(2) PICHEVIN et PETIT, *Gaz. méd. de Paris*, n° 47, 23 nov. 1895.

(3) PILLIET et BARADUC, *Soc. biol.*, 27 mars 1896.

cavité mesure 8 ou 9 centimètres. Le col est gros, de dureté variable. Les parois utérines acquéraient dans notre observation personnelle de 20 à 30 millimètres ; elles étaient triples de la normale dans l'observation de MM. Pichevin et Petit. Les parois sont de consistance normale. La coupe est blanche, rosée par places, on voit quelques rares tractus blanchâtres, peu abondants. Mais en aucun point, il n'y avait le plus petit noyau fibromateux.

La muqueuse n'offre à sa surface, aucune fongosité, aucune granulation. Son aspect est absolument normal, à part, dans notre observation, un très fin pointillé rouge qui tient probablement à la récente hémorrhagie qu'avait présentée la malade.

Les annexes sont saines dans tous les cas.

Sur des coupes microscopiques, voici ce qu'on constate :

Tout d'abord, le tissu utérin n'est le siège d'aucune dégénérescence néoplasique. La muqueuse ne paraît pas augmentée d'épaisseur ; son épithélium de revêtement est sain ; les culs-de-sac glandulaires ne sont pas dilatés, quelquefois plutôt atrophiés, comme dans le cas de M. Quénu. Il n'y a point d'infiltration embryonnaire interstitielle, mais on observe, dans toute l'épaisseur du stroma, la présence d'un très grand nombre de vaisseaux à parois embryonnaires, c'est-à-dire n'offrant qu'un simple revêtement endothélial appuyé contre le tissu interstitiel. Quelques-uns de ces vaisseaux sont très dilatés d'une façon irrégulière et sont gorgés de globules sanguins. Ces lésions peuvent s'accroître fortement et atteindre la disposition signalée par M. Quénu, de tissu caverneux rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorrhoidaires ou encore dans la muqueuse uréthrale de certaines femmes.

Dans la profondeur de la muqueuse, par contre, la plupart des vaisseaux sont organisés et certains d'entre eux présentent un anneau fibreux assez épais.

Du côté du muscle utérin, les lésions sont variables. Absente, dans nos observations personnelles, elles étaient très marquées dans les observations de M. Pichevin et de M. Pilliet : Le tissu conjonctif périvasculaire est anormalement développé et les parois des vaisseaux ont subi un épaississement considérable. Les lésions sont si accusées en certains points que le stroma est remplacé par des vaisseaux altérés. Les faisceaux musculaires peuvent même être « atrophiés, dispersés, séparés par de larges travées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemées d'hémorragies interstitielles. Ce qui frappait le plus dans ces travées c'était la présence de capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle prolifération de leur endothélium qu'ils paraissent presque partout avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Ces dilatations vasculaires ne sont pas également répandues dans toute la masse, mais groupée en îlots à contours irréguliers. Par place, les capillaires énormes, irrégulièrement dilatés, présentant des bourgeons saillants dans l'intérieur de leurs cavités, offrent tous les caractères de l'angiome caverneux (1). Ces points ectasiés peuvent se rompre et donner lieu à des infarctus hémorragiques qu'on rencontre dans le tissu conjonctif (obs. VI, obs. de Pilliet). A un stade plus avancé de l'affection, ces lésions ont évolué vers un tissu adulte ; le muscle est parsemé de travées de tissu conjonctif et les artérioles présentent un épais manchon de sclérose.

Il est possible que dans les métrites de la ménopause on rencontre des lésions analogues, mais cela reste à démontrer.

En résumé on rencontre dans la métrite hémorragique angio-

(1) PILLIET, *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1896, n° 36.423.

mateuse, une dilatation des vaisseaux embryonnaires dans la muqueuse.

Cette dilatation peut arriver au type caverneux. Elle peut être isolée ; elle paraît plus souvent s'accompagner de lésions de parenchyme musculaire, caractérisées par un processus de sclérose siégeant autour des artérioles, s'accompagnant de la formation de travées de tissu conjonctif jeune dans lequel on peut retrouver des capillaires en voie d'accroissement et dilatés. A une période avancée de l'affection, les lésions de sclérose ont subi leur évolution habituelle, le tissu musculaire est étouffé par les vaisseaux conjonctifs et les vaisseaux possèdent une paroi épaisse entourée d'une coque fibreuse.

Nous donnons ci-contre une figure représentant les lésions de la muqueuse qui existaient dans notre observation VI.

Les seules observations qu'on pourrait rapprocher de ces altérations de la muqueuse, et en particulier du cas de M. Quénu, sont celles de Boldt (1), qui présenta au congrès de Whashington un angiome localisé de la muqueuse utérine, et peut-être celles de Cornil (2) et de Wild (3). Ces deux derniers cas se rapportent plutôt à des angiomes pédiculés ou à des polypes muqueux avec dégénérescence angiomateuse et se rapprocheraient alors des polypes qu'on observe dans ces métrites chroniques.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Il est difficile de dire sous l'influence de quelles causes se développent les altérations vasculaires de l'utérus que nous venons de décrire.

Dans sa communication à la Société de chirurgie, notre maître, M. Quénu, pense qu'il s'agit ici d'une inflammation de la mu-

(1) BOLDT, *Am. J. Obst.*, sept. 1893.

(2) CORNIL, *Bull. soc. anat.*, 1892, 425.

(3) WILD, *Med. chron.*, 1891, 21.



Coupe de la muqueuse montrant les altérations vasculaires dans l'observation VI (personnelle).

queuse utérine. Lorsque l'infection reste localisée à la surface de la muqueuse et porte sur les glandes ou le tissu interstitiel, elle produit les lésions ordinaires de la métrite chronique vulgaire (fongosités, granulations, aspect tomenteux, etc.). Mais elle peut pénétrer plus profondément et pour des raisons inconnues se localiser sur l'élément vasculaire. Il se passe des faits analogues du côté de la muqueuse ano-rectale et de celle de l'urèthre.

M. Quénu a montré que les dilatations hémorroïdaires étaient de nature infectieuse et il pense qu'il en est de même pour les angiomes de l'urèthre.

Il est probable que dans les cas qui nous occupent l'infection s'est localisée d'emblée aux vaisseaux puisque la plupart des observations mentionnent une muqueuse utérine normale macroscopiquement, lisse et unie, et souvent aucune modification histologique des glandes ou du tissu interstitiel. Mais il est possible aussi qu'il y ait eu, au début, des lésions de ces éléments de la muqueuse, lésions qui ont été guéries par les curettages successifs et les pansements antiseptiques qu'on a fait subir à la malade, car nos observations ont trait à des malades ayant été curettées (sauf l'obs. VI).

Seules les lésions vasculaires n'ont été améliorées parce qu'elles étaient trop profondes et hors de l'action des agents thérapeutiques.

M. Pilliet est du même avis et pense que les lésions débutent au niveau de la cavité utérine ou de celle de la trompe.

Il y a donc, primitivement, des altérations de la paroi des vaisseaux, altérations d'ordre infectieux, très probablement. Ces lésions primitives sont exagérées par « toute une série d'augmentations brusques et répétées de la tension vasculaire, dont, pour la

localisation utérine, il faudrait peut-être chercher le réflexe dans les organes ovaro-salpingiens (1) ».

Nous savons, en effet, quelles relations nerveuses intimes unissent les ovaires et les trompes avec la circulation utérine. Les phénomènes de la menstruation sont là pour le prouver, la maturation et la rupture d'un follicule suffisent à déterminer la congestion et l'hémorrhagie périodiques. Nous savons que, à part des cas exceptionnels, la castration, en supprimant la cause, supprime le réflexe. Nous avons étudié, au courant de ce travail, les métrorrhagies déterminées par des lésions annexielles (oophoro-salpingite, foyers hémorrhagiques, etc.) et nous avons montré que dans les tumeurs utérines la cause essentielle des hémorrhagies n'était pas les altérations vasculaires de l'utérus, mais bien des troubles congestifs.

Le point de départ de ces réflexes est encore très obscur et plutôt du domaine de la théorie. On ne peut invoquer de lésions annexielles macroscopiques puisque celles-ci ont été trouvées saines. Mais il est possible qu'il y ait quelque altération microscopique, ou encore un trouble du fonctionnement physiologique. Nous savons d'ailleurs que toute influence physique ou morale réagit sur l'utérus et que ses effets seront plus intenses s'il est lésé, comme en tout lieu de moindre résistance. On a cité la suppression des règles ou au contraire leur exagération ou leur retour après l'impression du froid, les traumatismes comme aussi par l'annonce imprévue d'un malheur, d'un deuil, etc.

L'observation de M. Pilliet, elle aussi, prouve que le siège des réflexes peut être autre que l'appareil tubo-ovarien, puisque les hémorrhagies avaient persisté après l'ablation des annexes.

(1) QUÉNU, *loc. cit.*

Cette vaso-dilatation réflexe se produisant sur une muqueuse malade dont les capillaires et les petits vaisseaux sont altérés, est susceptible d'entraîner à la longue leur dilatation définitive.

Celle-ci doit être aidée encore, ainsi que le dit Pilliet (1), « par la plasticité naturelle aux capillaires utérins qui sont sujets pendant les règles et les grossesses à des dilatations et à des rétractions souvent considérables. On peut même dire que ces capillaires gardent jusqu'à la ménopause un type plutôt fœtal et réagissent plus que tout autre organe aux excitations, qu'elles soient physiologiques ou inflammatoires ».

Mais lorsque la paroi si mince de ces vaisseaux, affaiblie encore par les altérations inflammatoires de ses éléments, a atteint la limite de son élasticité par cette dilatation permanente, on comprend facilement qu'elle soit incapable de réagir contre une augmentation brusque de la pression sanguine, sous une influence quelconque, générale ou locale ; et de fait, elle est vouée à d'incessantes ruptures. C'est là la cause des métrorrhagies.

Il est aisé de comprendre comment des lésions vasculaires si intenses résistent au curettage. Comment pourrait se reformer une muqueuse normale avec des troubles de nutrition comme ceux qu'entraînent les altérations vasculaires. Lorsqu'on enlève les vaisseaux superficiels de la muqueuse à la curette, il reste leurs altérations profondes et, les mêmes causes produisant les mêmes effets, les hémorrhagies continuent.

SYMPTOMES. — La métrite hémorrhagique se montre le plus souvent après trente ans, chez des femmes ayant eu des enfants. On ne note au début de l'affection ni avortement, ni retard de règles pouvant la faire soupçonner. M. Pichevin signale dans les an-

(1) PILLIET, *Loc. cit.*

técédents de la malade une fièvre typhoïde au début de la maladie et pense à un rapport entre ces deux affections. La femme, jusqu'alors bien réglée, commence à avoir, en général, une ménorrhagie abondante durant le double des règles ordinaires ou plus. Puis celles-ci deviennent irrégulières, peuvent même se supprimer pendant plusieurs mois. Les métrorrhagies apparaissent alors, subitement, sans cause appréciable ou sous une cause banale ; elles sont abondantes et constituées par du sang rouge, entremêlé de caillots si la malade est au repos ; elles durent longtemps, souvent pendant plusieurs mois, en ne laissant que de bien courts intervalles de répit. La longue durée de cette métrorrhagie fait que la malade consulte. On la traite en général par un curettage et les phénomènes disparaissent pendant un ou deux mois. Après ce temps, la perte recommence avec la même marche et la même gravité. On pense alors, en l'absence de lésions annexielles ou de grosses lésions utérines, à un petit fibrome sous-muqueux. Une seconde dilatation montre l'intégrité de la cavité utérine et un second curettage tenté de nouveau d'une façon peut-être plus complète, entraîne comme le premier une amélioration qui n'est prolongée ni par les cautérisations ni par les moyens généraux. Avec le retour de ces hémorrhagies abondantes, l'état général ne tarde pas à s'altérer. L'anémie devient très marquée, les téguments sont décolorés, il y a des palpitations de cœur, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; la malade tombe dans une grande faiblesse, elle devient apathique et le découragement moral consécutif à tous les succès thérapeutiques aggrave encore cet état.

Lorsqu'on pratique l'examen physique, on reconnaît que le col est gros, souvent mou, plus dur dans les formes anciennes, quelquefois évasé, d'autres fois conique chez les nullipares (obs. VI).

L'utérus tout entier est augmenté de volume, nous avons vu

qu'il pouvait atteindre jusqu'à 11 centimètres ; il est souvent dur et résistant, non douloureux.

On ne constate aucune irrégularité, aucune trace de fibrome. Les annexes sont normales, leur palpation n'est pas douloureuse.

Au spéculum, le col présente une teinte normale ; son orifice peut être large ou étroit suivant qu'il s'agit d'une multipare ou d'une nullipare. La cavité utérine est augmentée de dimensions. Lorsqu'on pratique la dilatation de la cavité, on trouve une muqueuse normale, aucun polype, aucun fibrome.

Nous avons, à propos de l'hémorrhagie, parlé de la marche de l'affection. Elle est progressive, les pertes n'ont aucune tendance à diminuer, elles restent les mêmes, entrecoupées seulement d'intervalles absolument variables et ayant tendance à diminuer. C'est dire que la durée de l'affection est liée au degré de résistance de la malade et qu'on voit survenir peu à peu tous les symptômes des graves hémorrhagies. La terminaison fatale est probablement celle qui attendrait la malade, si les chirurgiens n'intervenaient pas d'une façon radicale. Nous avons cité, en effet, des observations de mort par métrorrhagies (1) sans lésions utérines, analogues à celles qui nous occupent, et qui datent du temps où l'hystérectomie et l'ablation des annexes étaient inconnues. Il n'est donc pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic.

TRAITEMENT. — Ce qui caractérise cette métrite angiomateuse au point de vue thérapeutique, c'est l'insuccès du traitement médical comme du curettage.

C'est en vain qu'on emploie toute la série des hémostatiques : ergot, *hydrastis canadensis*, *cannabis indica*, digitale ; c'est en vain qu'on applique des topiques variés : injections d'antipyrine, de

(1) WHITEHEAD, WEST, OBRE déjà cités.

salipyrine, grandes injections chaudes, teinture d'iode ; ou qu'on modifie la muqueuse par les caustiques chimiques (1) ou physiques (électricité), ou même qu'on pratique sa destruction par le curettage : rien n'y fait ; on obtient un repos de quelques semaines, d'un mois ou deux au plus. Il suffit de jeter, pour s'en convaincre, un coup d'œil sur nos observations ; sans parler des topiques, le curettage a été toujours tenté souvent deux, trois, quatre fois, par des chirurgiens dont la réputation n'est pas à faire, et la récurrence ne se faisait jamais attendre. Les malades revenaient pâles, anémiées, perdant abondamment, et devant la gravité de l'état général, devant cette santé profondément atteinte, il fallait avoir recours à un traitement radical.

Pour donner une idée du degré d'anémie où peuvent tomber les malades, nous citerons l'examen de sang pratiqué dans notre observation VIII, le chiffre des globules rouges atteignait 2.600.000, la plupart présentaient les déformations en poire comme cela se voit dans les graves anémies. Et cependant cet examen a été fait 8 jours après l'opération alors que la malade était bien remontée.

Il faut donc avoir recours à une intervention sérieuse. Voici celles qui ont été proposées.

C'est ainsi que certains auteurs préconisent contre les métrorrhagies graves la *ligature des artères utérines*. Nous n'avons pas à nous occuper de son manuel opératoire décrit tout au long dans Pozzi. Si cette ligature a donné des succès (2), elle n'est pas ra-

(1) BRAITHWAITE (*Lancet*, 1893. I. 43-45) eut recours à un procédé intéressant dans un cas de métrorrhagies qui avaient résisté à la castration. Il détermina avec du chlorure de zinc une épaisse eschare des parois de la cavité utérine et obtint ainsi par cicatrisation, l'oblitération de sa cavité. Ce moyen nous paraît dangereux, car, si la cavité n'est pas effacée en entier, il peut se créer une hématométrie qui entraînerait de graves conséquences.

(2) MULLER, *N. Y. med. Rec.*, p. 287, 4 septembre 1889.

tionnelle si l'on songe à la richesse circulatoire de l'utérus et à la suppléance qui peut s'établir par les utéro-ovariennes. De fait, elle n'a été employée dans aucun des cas que nous rapportons.

La *castration* donne d'excellents résultats dans le cas de lésions annexielles. Mais son application ici ne nous paraît pas logique ; elle supprime une cause des réflexes congestifs de l'utérus, mais il en reste d'autres. Il existe plusieurs observations où l'hémorrhagie a continué malgré cette castration, soit pour des fibromes, soit sans lésions macroscopiques (1).

M. Quénu dans sa première observation pratiqua une intéressante opération à cause de l'âge de sa malade. Il fendit l'utérus sur la ligne médiane, après avoir libéré le col, comme dans l'hystérectomie vaginale et *réséqua la muqueuse de toute la cavité*, sauf au niveau des entonnoirs des trompes. Le résultat a été excellent et on peut conseiller cette opération.

Mais c'est l'*hystérectomie vaginale* qui est le procédé de choix ; elle est plus facile, absolument curative et permet en outre de contrôler l'état des annexes au cas où il resterait quelque doute clinique.

Avant les observations que nous citons, elle avait été employée par Ozenne (2), par Lawson Tait (3), pour des hémorrhagies incoercibles et Pierre Delbet la conseille pour les cas très graves, de préférence aux autres interventions.

C'est M. Quénu qui le premier en nota l'indication dans les métes hémorrhagiques. Elle fut appliquée comme procédé de nécessité par M. Pichevin et comme procédé de choix par MM. Tillaux, Quénu, Routier (obs. V, VI, VII).

(1) BRAITHWAITE, *Lancet*, 1893, p. 13-15, Lawson Tait, R. H., XXIX, 173, 1887.

(2) OZENNE, *Journ. de méd.*, Paris, 24 janvier 1892.

(3) LAWSON TAIT, R. H., XXIX, 173, 1887.

Ce serait sortir du cadre de notre sujet que de décrire le manuel opératoire de l'hystérectomie, nous renvoyons aux traités qui en indiquent les divers procédés.

OBSERVATION III. — QUÉNU. *Bull. et Mém. Soc. Chir.* Paris 1893. n. s. XIX, 613. — « La malade était âgée de 34 ans, lorsque je lui ai donné mes premiers soins : réglée à 15 ans et demi, elle a eu son premier enfant à l'âge de 27 ans, son second enfant avant terme, deux ans et demi après, jusque là la santé avait été parfaite, la menstruation normale et régulière. En 1889, des pertes blanches survinrent, puis à la fin de l'année, en novembre et décembre, quelques pertes rosées entre les époques. Aucun autre phénomène douloureux qu'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins.

De mars à juin 1890, des pertes sanguines incessantes, avec un seul répit de quelques jours, occupèrent l'intervalle des règles. Un chirurgien de province, ancien interne des hôpitaux, alors consulté, diagnostiqua une métrite et pratiqua le brossage et la cautérisation avec une solution de chlorure de zinc.

Les pertes s'arrêtèrent deux mois, mais en septembre elles reparurent très abondantes et presque continuelles.

Trouvant la matrice épaissie et augmentée de volume, le médecin fit, d'octobre 1890 à avril 1891, 30 séances d'électrolyse.

L'amélioration fut minime et le 25 mai, c'est-à-dire un mois après, un curettage avec attouchement à la créosote était exécuté. Le mois de juin se passa sans pertes.

En juillet et août, il y eut suppression des règles. En septembre, les pertes reparurent, et c'est alors qu'au commencement d'octobre 1891, la malade vint à Paris me consulter. Je constatai que l'utérus était seul en cause, les annexes étaient sains, non douloureux à la pression. L'utérus était augmenté de volume avec une direction à peu près normale. Aucun corps fibreux. Je pratiquai le curettage suivi d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. La malade eut l'espoir d'être guérie. Les mois de novembre, de décembre 1891 et janvier 1892 se passèrent en effet sans métrorrhagie, la pesanteur avait diminué, la marche était devenue facile.

Mais en mars, les époques se rapprochèrent, revinrent toutes les trois semaines. A partir de juin, hémorrhagies légères, mais continues jusqu'au mois d'août. Au mois d'août, les métrorrhagies augmentèrent d'importance, et la malade revint, notablement anémiée et très découragée, me consulter au commencement d'octobre 1892, c'est-à-dire il y a un peu plus d'un an.

Dilatation très complète du col, exploration minutieuse de la cavité utérine restant négative, aucun corps fibreux.

Nous restions donc en présence de ce même diagnostic de métrite hémorrhagique car ici l'état des annexes, ni l'état général ne pouvaient nous rendre compte de la persistance des pertes. Mme X... est une femme pondérée, nullement hystérique ; le foie, le cœur, les reins n'offraient rien d'anormal, pas de sucre dans les urines, aucune disposition hémophilique.

Dans les premiers jours de novembre, je pratiquai l'opération suivante : je fis sur le col une incision circulaire, décollai la vessie, effondrai le cul-de-sac postérieur ; j'excisai le col comme pour une hystérectomie vaginale, puis j'incisai l'utérus sur la ligne médiane.

Je pratiquai au fur et à mesure de l'abaissement l'excision de la muqueuse utérine dont il ne resta que deux petits entonnoirs répondant chacun à l'orifice de la trompe. Le fond de l'utérus et la muqueuse qui le revêt furent ainsi entièrement respectés ; perte de sang minime ; 5 ou 6 pinces de Kocher appliquées sur les surfaces saignantes et quelques tampons suffirent à assurer l'hémostase. La malade quitta la maison de santé à la fin de novembre, elle eut au milieu de décembre, pendant 3 jours, de très petites pertes provenant vraisemblablement du fond et des angles de l'utérus. J'ai reçu tout dernièrement de ses nouvelles : les règles n'ont fait que manquer en mars, avril, mai et juin ; depuis, aucune espèce de perte, la pesanteur a disparu, la marche est devenue facile, la guérison semble enfin définitivement acquise.

Les fragments de muqueuse excisés ont été examinés au laboratoire de M. Cornil au point de vue bactériologique par mon ancien interne M. Carrel : aucune des diverses méthodes employées ne permit de découvrir dans la trame de la muqueuse ni dans les tissus sous-jacents, la moindre trace de micro-organisme ; la muqueuse n'offrait, du reste,

à sa surface aucune fongosité, aucune granulation, ni même aucune sécrétion pathologique. Nous n'avions certainement pas affaire à une métrite réinoculée dans l'intervalle des opérations successives ; les soins les plus minutieux avaient été continués après les curettages et je n'avais pour ma part jamais constaté la suppuration de l'utérus ; l'examen histologique de la pièce nous permit de nous rendre compte de l'opiniâtre persistance des hémorrhagies. Tout d'abord, le tissu utérin n'est le siège d'aucune dégénérescence néoplasique : les glandes sont plutôt atrophiées, le chorion, sur la plupart des coupes, est transformé en un tissu caverneux, très rapproché de la surface et rappelant celui qu'on observe dans certaines structures hémorroïdaires ou encore dans la muqueuse urétrale de certaines femmes ».

OBSERVATION IV (publiée par MM. PICHEVIN et A. PETIT, in *Gaz. méd. de Paris*, n° 47, 23 nov. 1895) (Résumée).

Femme 41 ans, sans antécédents héréditaires, réglée à 11 ans, d'une façon irrégulière, d'abord, puis régulièrement depuis son mariage à 19 ans. 2 accouchements normaux sans suites. Fièvre typhoïde à 28 ans, suivie de métrorrhagies jusqu'à 29 ans où elle eut une 3^e grossesse qu'elle mena à bien. Après cette couche se montrèrent des métrorrhagies très abondantes. 4^e grossesse à 30 ans, accouchement normal, les règles redeviennent régulières. A l'âge de 33 ans, 5^e grossesse avec hémorrhagies pendant les premiers mois et suivie après l'accouchement à terme de métrorrhagies abondantes. A 34 ans, règles normales ; à 35 ans, métrorrhagies nouvelles devenant graves à 37 ans. Curettage à ce moment amenant une amélioration pendant un an. Les troubles reparaissent à 39 ans, et une métrorrhagie de 6 mois de durée l'amène à l'hôpital où malgré le repos et les soins, elle dure jusqu'au moment de l'opération.

Examen : Utérus gros, cavité 8 cm. 1/2, col volumineux, évasé, pas mou. Matrice mobile, en situation normale. Rien aux annexes. Pas de signes de grossesse.

Diagnostic. — Utérus fibromateux.

Hystérectomie vaginale le 18 décembre 1894, suites opératoires simples malgré une légère phlébite dont la malade guérit.

Examen de la pièce. — Caillots sanguins en assez grande abondance. La muqueuse ne semblait ni fongueuse, ni épaissie. En aucun point, il n'y avait trace de placentation. Les parois utérines, triples au moins du volume normal, ne présentaient pas de trace de dégénérescence maligne. Il n'y avait pas de fibrome. L'utérus était de consistance normale.

Examen microscopique. — « Les lésions les plus manifestes portent sur tous les vaisseaux sanguins ; ceux-ci présentent deux ordres d'altération, leur nombre est très augmenté et en même temps leurs parois ont subi un épaissement considérable ; le tissu conjonctif périvasculaire est anormalement développé. Ces lésions sont d'ailleurs si accusées en certains points que le stroma est remplacé par des vaisseaux altérés ; cette disposition est surtout accusée dans les couches moyennes, mais elles sont très manifestes près de la cavité utérine et près du péritoine.

Le stroma est imprégné par places d'ilots formés pas des cellules embryonnaires ; en outre, il est traversé par des faisceaux fibreux assez volumineux ; enfin, on constate une augmentation dans le nombre des vaisseaux lymphatiques dont la lumière est agrandie.

Le tissu musculaire est remplacé en partie par l'élément conjonctif et par des vaisseaux ».

OBSERVATION V (présentée par MM. PILLIET et BARADUC à la *Société de biologie*, le 27 mars 1895).

Il s'agit d'une malade entrée dans le service de M. le professeur Tillaux, à l'hôpital de la Charité. Elle a été réglée à 11 ans, n'a jamais été souffrante jusqu'à son mariage.

A 18 ans elle se maria, et fut enceinte dès les premiers mois. A partir du 6^e mois de sa grossesse, elle commença à éprouver dans le ventre des douleurs très vives qui durèrent jusqu'au moment de l'accouchement. Le 27 mars 1894, elle accoucha normalement d'un enfant à terme. Le 11^e jour après, elle se levait très bien portante.

Mais, quelques jours après, les douleurs reparurent aussi vives qu' auparavant.

Les règles n'étaient pas revenues et la malade n'avait que quelques pertes blanches.

Elle alla à l'hôpital Cochin où M. Bouilly diagnostiqua une métrite. Le curettage fut pratiqué le 21 juin 1894.

Quelques jours après, les douleurs et les pertes blanches revinrent ; et en août 1894, un nouveau curettage fut pratiqué dans le même service. Comme après le premier, les douleurs et les pertes réapparurent au bout de quelque temps. En octobre 1895, elle entra dans le service où M. Thiéry, chef de clinique, diagnostiqua une double salpingo-ovarite, la laparotomie fut pratiquée le 17 octobre 1895. On fit l'ablation des annexes des deux côtés : les suites de l'opération furent normales et la malade sortit guérie, en apparence du moins, le 10 novembre.

Quelques jours après les douleurs revinrent en même temps qu'une métrorrhagie abondante qui dura quinze jours.

En décembre, les métrorrhagies cessèrent, mais les douleurs et les pertes blanches revinrent. Cependant la malade put reprendre peu à peu ses occupations, lorsqu'en janvier 1895 survint une hémorrhagie abondante mais sans caillots qui dura du 1^{er} au 16 janvier. En même temps, elle éprouvait des douleurs très vives dans l'abdomen, irradiées dans la région sacrée et dans les deux cuisses. Elle rentre dans le service le 14 janvier. Examen à l'entrée : La malade se plaint de douleurs très vives, empêchant complètement le sommeil, et de pertes blanches très abondantes.

Au toucher, on sent un col mou, un utérus gros et douloureux. L'utérus est en bonne position et il n'y a rien dans les culs-de-sac.

L'hystérectomie vaginale est pratiquée par M. Tillaux, le 15 février.

Dans le cours de l'opération, on remarque que l'utérus est mou et d'une friabilité particulière. Si bien, que le doigt qui cherche à le décoller en avant perfore sa paroi antérieure et pénètre dans sa cavité.

Les suites de l'opération furent normales ; les pincées enlevées au bout de 48 heures ; et à l'heure actuelle la malade est dans un excellent état.

L'utérus volumineux, mou, d'une excessive friabilité, se laissait traverser par le doigt. Sur les coupes, on constate des lésions étendues à toute l'épaisseur du muscle et plus marquées à la partie supérieure du corps utérin. Les faisceaux musculaires sont atrophiés, dispersés et con-

fondus ; ils sont séparés par de larges trainées de tissu conjonctif lâche, d'aspect muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles. Ce qui frappe le plus dans ces trainées, c'est la présence de capillaires sanguins extrêmement nombreux, présentant tous une telle prolifération de leur endothélium qu'ils paraissent presque partout avoir un double ou même un triple revêtement de cellules. Par places, ils sont irrégulièrement dilatés, présentent des bourgeons saillants dans l'intérieur de leur cavité, offrent tous les caractères de l'angiome caverneux (cet aspect existait aussi dans le cas de M. Quénu). Autour de ces points extasiés, existent des hémorragies diffuses dans le tissu conjonctif. Les artérioles sont atteintes d'endo-périartérite considérable ; les veines sont dilatées et épaissies. Il existe, dans toutes les coupes, des amas de cellules embryonnaires autour des artérioles. On trouve aussi quelques lymphatiques très dilatés.

OBSERVATION VI due à l'obligeance de M. le Dr ROUTIER.

La nommée Ber... Marie, âgée de 42 ans, passementière, entre le 29 avril 1896 dans le service de M. le Dr Routier à Necker pour des douleurs dans le ventre et des pertes abondantes.

Ses antécédents personnels sont simples, elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement et sans douleurs.

Elle a commencé à souffrir du ventre il y a 14 ans. Les douleurs, continues avec exacerbations, siégeaient surtout dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen et s'irradiaient dans la cuisse du même côté.

Depuis 3 ans, ses règles jusque-là très régulières sont devenues trop abondantes, elles duraient plus longtemps que d'habitude ; puis elles sont devenues plus fréquentes, toutes les trois semaines, tous les 15 jours et ces derniers temps d'une façon absolument irrégulière, laissant peu de répit à la malade.

A aucun moment, elle n'a fait de fausse couche, ni eu de retard dans ses règles.

A l'examen : l'utérus paraît normal comme volume : on ne constate rien d'anormal du côté des trompes ou des ovaires.

Le toucher est, du reste, rendu difficile par la raideur de la paroi abdominale de la malade.

Au spéculum, le col est conique, son orifice punctiforme, l'hystéromètre ne peut pénétrer dans sa cavité.

20 mai. — Depuis 3 semaines que la malade est dans le service, au repos et avec de grandes injections chaudes, les métrorrhagies ont continué; elle a perdu à quatre reprises différentes et pendant plusieurs jours chaque fois. On pose le diagnostic de « métrite hémorrhagique » liée à une altération probablement néoplasique de la muqueuse.

21. — Anesthésie : le toucher ne révèle rien d'anormal du côté des annexes, mais l'utérus paraît gros. L'hystéromètre pénètre de 9 centimètres dans sa cavité et la muqueuse friable saigne à son contact.

Hystérectomie vaginale.

23. — Levée des pinces.

26. — Levée des mèches.

10 juin. — La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — L'utérus est gros, sa cavité mesure 9 centimètres. Son tissu paraît normal à la coupe, les parois sont épaisses, mais on ne trouve nulle part trace de fibrome.

La muqueuse est lisse et unie, aucune végétation, aucune fongosité, sa surface paraît normale. Sa coloration est plus rouge qu'à l'ordinaire, et sur un fond rosé foncé se voit un piqueté de points rouge-vif très fins.

Les trompes et les ovaires sont sains.

Nous avons prélevé des morceaux de l'utérus sur les deux parois de l'organe, nos coupes ont intéressé à la fois la muqueuse et le muscle.

Les coupes ont été fixées par le sublimé, montées à la paraffine, colorées à l'hématoxyline-éosine.

La muqueuse nous apparaît, à première vue, d'épaisseur normale.

L'épithélium de revêtement, partout intact, a conservé sa forme habituelle; il est sain. Aucune modification du côté des glandes, leurs culs-de-sac ne sont pas dilatés, leur épithélium ne présente aucune dégénérescence. Elles sont soutenues et séparées par un stroma qui ne présente aucune infiltration embryonnaire interstitielle.

En revanche, on observe dans toute l'épaisseur de la muqueuse des îlots sanguins facilement reconnaissables. Ils sont très nombreux, beaucoup plus que les glandes. Parmi ces îlots, les uns sont collectés

dans des canaux, les autres ne présentent aucune paroi d'enveloppe.

A un fort grossissement (Vérick : obs. VI, ocul. I) on constate, immédiatement sous le revêtement épithélial, la présence d'un très grand nombre de vaisseaux embryonnaires dont quelques-uns sont très dilatés et d'une façon irrégulière. Ils ne sont point entourés d'un anneau fibreux et ils n'ont pour toute paroi qu'un simple revêtement endothélial. La plupart d'entre eux sont gorgés de sang.

Dans la profondeur de la muqueuse, par contre, la plupart des vaisseaux sont organisés et certains d'entre eux présentent un manchon assez épais de tissu fibreux.

Les globules sanguins peuvent, en outre, faire irruption dans les canaux glandulaires et les remplir complètement. Ce sang semble provenir en partie de la zone vasculaire périglandulaire qui est ici anormalement développée. Enfin, dans le tissu interstitiel de la muqueuse et surtout au-dessous d'elle, se voient de nombreux ilots irréguliers de vaisseaux sanguins qui ont fait irruption dans ce tissu. Il s'agit donc d'une véritable hémorragie interstitielle.

Le tissu musculaire paraît sain, ce n'est que tout près de sa continuation avec la muqueuse que commencent les altérations de sclérose périvasculaire.

En somme, il s'agit dans cette préparation d'une dilatation des vaisseaux de la muqueuse, avec néoformation probable et se rapprochant de la disposition caverneuse. La fragilité des vaisseaux et la tendance aux hémorragies est indiquée par les extravasations glandulaires et les petits foyers interstitiels.

OBSERVATION VII (personnelle).

Tour. Louise, 32 ans, sans profession, entrée dans le service de M. le Dr Quénu, hôpital Cochin, salle Bichat, lit n° 14.

La malade est reçue à l'hôpital pour des pertes utérines.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relatons qu'une tante est morte à 63 ans de tumeur abdominale et que la mère de la malade avait un prolapsus utérin.

Elle-même eut la fièvre typhoïde à 14 ans 1/2 et pendant la conva-

lescence des douleurs articulaires qui la tinrent au lit pendant 6 mois.

Elle a été réglée à 17 ans $1/2$ difficilement. Ses règles étaient abondantes, mais très régulières ; il lui arrivait de rester 3 mois sans voir. A 20 ans elle eut une ménorrhagie qui nécessita le tamponnement. Elle resta trois mois au lit, puis ses règles revinrent alors régulières.

Elle se maria à 21 ans. Elle eut quatre accouchements à terme, après le premier elle perdit assez abondamment pendant deux mois, mais ces ménorrhagies cessèrent d'elles-mêmes. Les suites des autres accouchements furent normales. En 1893, la malade continua à avoir des règles abondantes et régulières. En juillet elle eut une ménorrhagie et un médecin qui pratiqua le toucher ne trouva aucun signe de grossesse. En août, elle fit une fausse couche, dit-elle, qui s'accompagna d'une métrorrhagie très abondante.

Depuis ce moment, ses règles devinrent tout à fait irrégulières. Elle avait des pertes assez abondantes séparées par des périodes de repos très variables en durée. Toute l'année 1894 se passa ainsi. En août 1895 elle fut soignée chez M. Péan ; on lui fit de la dilatation et un curetage.

Pendant deux mois, elle n'eut plus d'hémorrhagie. Mais, celles-ci recommencèrent en octobre et comme elles paraissent ne pas devoir cesser, la malade entre à l'hôpital.

A son entrée, la malade est dans un état d'anémie profonde, ses téguments sont décolorés. On sent le fond de l'utérus à la palpation et en combinant le toucher et la palpation, on trouve un utérus gros, mobile, assez douloureux. Il est en antéflexion, légèrement dévié à droite. Le col regarde en arrière, il est régulier et gros.

La cavité utérine mesurait 8 cm. $1/2$.

On lui fit de la dilatation avec des laminaires, des cautérisations intra-utérines et les hémorrhagies cessèrent.

On institua alors un traitement par les ferrugineux pour remonter l'état général de la malade. Elle prit aussi de l'hémoglobine et s'améliora considérablement, malgré deux ou trois ménorrhagies peu abondantes.

En février 1896, elle commença à perdre d'une façon presque constante, et elle vit disparaître, en quelques jours, le bénéfice de ces trois mois de repos. L'amaigrissement était notable, la pâleur très marquée.

A l'examen on trouvait un col gros légèrement ramolli, sans déchirures, ni ectropion. L'utérus était gros, dépassant légèrement la symphyse mais mobile et régulier. Les annexes sont saines, à droite seulement l'ovaire est un peu gros.

26 février. — Une métrorrhagie très abondante nécessita un tamponnement d'urgence et en présence de l'état de la malade et de l'insuccès des traitements précédents, on décida l'hystérectomie vaginale.

2 mars. — Hystérectomie vaginale suivant le procédé de M. Quénu, c'est-à-dire section médiane de l'utérus sur les parois antérieure et postérieure après libération du vagin et ouverture du péritoine. Les annexes sont attirées et les ligaments larges sont saisis en dehors d'elles de haut en bas par trois pinces échelonnées. — Perte de sang insignifiante. — Tampons dans l'axe du vagin et contre la paroi, en dehors des pinces.

La malade reportée dans son lit se sent très faible, on lui fait une injection sous-cutanée de sérum de 500 centimètres cubes.

Le soir température 37°2, pouls fréquent à 110, assez fort, un peu de somnolence.

Examen de la pièce. — L'utérus examiné aussitôt après l'opération est gros. Sa longueur totale est de 11 centimètres, la longueur de la cavité est de 9 centimètres, dont 6 pour le corps et 3 pour le col. Ses parois sont épaisses, au niveau du col elles mesurent de 9 à 15 millimètres, au niveau des faces du corps 25 à 30 millimètres et au niveau du fond 20 millimètres.

Son poids est de 158 grammes.

La muqueuse paraît normale, elle est cependant un peu rosée par places, et dans la partie supérieure de la cavité il existe un fin pointillé rouge, très marqué par places. Pas trace de fongosités, de polypes muqueux ou de fibromes sous-muqueux.

Les parois ne crient pas sous le couteau elles paraissent constituées par du tissu utérin normal ; la coupe est blanche, rosée par places, on voit quelques rares tractus blanchâtres peu abondants. On ne découvre malgré un examen attentif aucun noyau fibromateux ni interstitiel, ni sous-muqueux, si petit soit-il.

Les annexes sont tout à fait normales à gauche, sans aucune adhé-

rence. Sous le revêtement péritonéal de la trompe, les vaisseaux arborescents sont un peu plus marqués qu'à l'ordinaire.

Les annexes droites sont normales, l'ovaire présentait seulement deux petits kystes comme un pois, sans autre altération. On remarque contre le bord de l'utérus des varices assez marquées dans le ligament large.

Nous avons prélevé à deux endroits différents dans le corps et dans le col de petits fragments comprenant la muqueuse et la plus grande partie du muscle utérin. Ces morceaux ont été fixés par la liqueur de Flemming, passés dans les alcools sériés et montés à la paraffine.

Ils ont été débités en coupes sériées. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline éosine.

Au microscope, on constate à un grossissement moyen que l'épithélium de la muqueuse est sain, de même que l'épithélium glandulaire. Les culs-de-sac glandulaires sont un peu augmentés de volume et s'enfoncent en partie dans le tissu musculaire, ce qui indique qu'il existait ici un léger degré de métrite glandulaire.

On observe surtout dans la partie superficielle de la muqueuse, des vaisseaux de nouvelle formation avec un simple revêtement endothélial. Ces vaisseaux sont gorgés de globules sanguins. Il n'y a point d'hémorragie interstitielle. De même la zone des vaisseaux péri-glandulaires n'est pas hypertrophiée et il n'y a pas d'extravasation dans la lumière de la glande.

Il y a peu de vaisseaux sclérosés dans la profondeur de la muqueuse.

Dans la couche musculaire, on observe par contre une augmentation du tissu fibreux, surtout au niveau des culs-de-sac glandulaires qui la pénètrent légèrement. Plus loin la musculaire est normale.

Le 3 mars. — T. 38°5, 900 grammes d'urine. Pouls bon à 103°. Etat général meilleur.

500 grammes de sérum. La malade se plaint d'être gênée par les gaz. Le 4. — T. 37°8, 38°4. Pouls à 120, bon. 500 grammes d'urine, pas de gaz. La malade est toujours très faible et a, l'après-midi, une légère lipothymie qui passe avec une injection hypodermique de 500 grammes de sérum.

Le soir, elle se plaint de gaz intestinaux, la langue est pâteuse, le

ventre est indolore, un demi-verre de limonade purgative détermine plusieurs selles qui soulagent la malade.

Le 5. — Levée des pinces. — On constate à la partie moyenne du sacrum, sur la ligne médiane, une eschare de la grandeur d'une pièce de 2 francs, entourée d'un bourrelet rouge et paraissant intéresser la peau et le tissu sous-cutané. T. 38°4.

Le 6. — Amélioration très sensible, les lèvres sont légèrement rosées.

Le 7. — Examen du sang.

Globules rouges 2.6000.00.

Globules blancs 7000.

Peu d'hémoglobine.

Beaucoup de globules rouges présentent la forme de poire.

Le 20. — La malade est très améliorée : les téguments sont colorés, l'appétit commence. L'eschare, qui était tombée vers le 12 mars, laisse encore une cavité profonde allant jusqu'au sacrum.

Le 30. — La malade se lève et va au jardin. Elle est très nerveuse et portée aux idées hypochondriaques.

Le 20 avril. — Malade très améliorée, plus forte et plus gaie.

Examen du sang :	Hémoglobine.		60 0/0
—	—	Glob. rouges.	 4,805,000
—	—	Glob. blancs.	 4416
9. — Examen du sang :	Hémoglobine.		57 0/0
—	—	Glob. rouges.	 3,900,000
—	—	Glob. blancs.	 6820

10. — L'eschare est cicatrisée depuis 5 jours. L'état général est très bon, mais la malade conserve encore un peu de pâleur. Elle s'en va à la campagne.

CHAPITRE VI

Diagnostic des métrorrhagies.

Nous avons étudié, dans le courant de ce travail, les principales causes des métrorrhagies. Nous avons vu que tantôt il s'agissait de troubles d'ordre général, que d'autres fois il y avait des lésions utérines ou ovariennes macroscopiques et qu'enfin ce phénomène pouvait tenir à des altérations microscopiques de cet organe.

Nous allons nous demander maintenant comment dans la clinique nous pourrions diagnostiquer qu'il s'agit des unes ou des autres et quels sont les signes concomitants qui nous permettent de l'affirmer.

Disons tout d'abord que le *diagnostic différentiel* des métrorrhagies peut être passé sous silence. Il faudrait ne pas examiner une femme, ou être retenu par une pudeur qui n'a rien à voir avec notre art pour méconnaître que le sang sort de l'utérus et non de l'urèthre ou de l'anus. Et encore l'abondance de l'hémorrhagie renseignerait-elle dans ces cas-là.

Le diagnostic causal est plus complexe et, pour être possible dans la grande majorité des cas, peut rester incertain dans quelques exceptions jusqu'à ce que certaines manœuvres chirurgicales permettent un examen histologique probant. Mais n'anticipons pas.

Nous pouvons considérer trois classes de métrorrhagies en nous plaçant au point de vue du diagnostic : les métrorrhagies survenant dans le cours d'une affection médicale ; celles de la grossesse

et enfin celles que nous pourrions appeler chirurgicales c'est-à-dire celles que nous rencontrons dans les services de gynécologie.

Les premières ne nous arrêteront pas. S'il s'agit d'une affection aiguë, il existe tout un cortège de symptômes de première importance qui attirent l'attention. Que nous soyons appelés auprès d'une femme en pleine éruption de scarlatine ou de variole, ou bien avec un état typhique marqué, il est évident que nous considérerons comme négligeables les métrorrhagies qu'elle peut avoir, en présence de l'état général grave qu'elle présente. De même, si une cardiaque se présente en asystolie ou après une crise aiguë d'affection valvulaire, tout clinicien saura rattacher les pertes qu'elle signalera à la même cause qui produit l'œdème des jambes, la cyanose des lèvres et des muqueuses, les points hépatiques, la dyspnée, etc. De même pour une brightique, de même pour une hépatique.

Nous parlerons brièvement des métrorrhagies de la grossesse. On lit dans les traités d'obstétrique que la grande cause des hémorrhagies pendant la grossesse tient à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, au placenta prævia. La redoutable complication se montre surtout dans les 3 derniers mois de la grossesse. Par conséquent, dans ces cas-là, les signes de la grossesse sont assez manifestes pour qu'on les constate, si la femme ne l'a pas déjà annoncé. Du reste, il est une loi en gynécologie qui ordonne d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de grossesse, quelle que soit l'affection qui amène la malade à consulter. Si donc, le diagnostic d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta est facile en général, à combien plus forte raison s'impose celui de rétention placentaire au moment de l'accouchement ou de l'avortement des derniers mois.

Mais la femme qui se présente à la consultation n'est pas en-

ceinte et ne présente aucune affection médicale aiguë ou chronique. Elle se plaint de métrorrhagies. On est en droit de soupçonner quelque altération de l'utérus ou des annexes. L'interrogatoire soigné peut conduire avant tout examen physique à de fortes présomptions.

En effet, supposons qu'il s'agisse d'une jeune fille qui perd abondamment. Les parents qui se hâtent de vous dire qu'elle est vierge et son aspect anémique, sa constitution chétive, la marche de ces métrorrhagies absolument irrégulières, ayant débuté à la puberté ou après, s'accompagnant de périodes de répit de bien peu de durée, engagent déjà à conclure à la métrite virginale. Et de fait, on constate un hymen intact, un col sain, un utérus mou, des annexes saines et le succès du traitement tonique et général vient confirmer l'hypothèse qui s'est imposée.

Si la malade qui se présente a dépassé la puberté, si elle est entre 20 et 35 ans, qu'elle perd tous les jours, sans répit, que ses pertes ont débuté après un léger retard dans ses règles régulières jusque-là, il est plus que probable qu'il s'agit d'une endométrite déciduale avec ou sans rétention de villosités.

Et de même pour la femme qui voit son ventre augmenter et qui sent son fibrome, ou celle que les pertes ichoreuses incommode autant que les métrorrhagies.

Mais ce sont les signes physiques seuls qui permettent de trancher la question.

Parlons de suite du *cancer*. Les hémorrhagies sont absentes dans le cancer du col, avant la période d'ulcération, c'est-à-dire avant que les signes physiques soient assez nets pour faire affirmer le diagnostic. Le cancer du corps lorsqu'il s'accompagne d'écoulement roussâtre, ichoreux, de cachexie, d'élimination de débris sphacelés, est d'un diagnostic facile. Mais à sa période de début,

il ne détermine aucun de ces symptômes, pas plus que de troubles de l'état général. Aussi sa distinction est-elle difficile d'avec les petits fibromes, les troubles de la ménopause ou la métrite hémorrhagique angiomateuse. Dans tous les cas, les hémorrhagies sont abondantes, peut-être moins longues dans le cancer.

Sans se fier à la conservation de la santé générale, ni à l'âge, qui sont trompeurs, il est indiqué dans ces cas de dilater le col utérin au maximum. On pratique alors avec le doigt l'exploration minutieuse de toute la surface de la cavité. On percevra en cas d'épithélioma, un point bourgeonnant, irrégulier, infiltré, saignant facilement; tandis que partout ailleurs la muqueuse sera saine. Si quelque doute restait, il faudrait retirer plusieurs lambeaux de muqueuse avec la curette tranchante et en faire des préparations histologiques. Le microscope tranche alors la question et montre les cellules, les boyaux ou les bourgeons épithéliomateux. Nous insistons sur cette manœuvre car elle est appelée à rendre les plus grands services lorsque la clinique hésite, en permettant une intervention radicale quand les lésions muqueuses sont encore localisées. Or la seule difficulté sera de différencier l'épithélioma au début de certaines formes de métrite glandulaire que les Allemands appellent adénome. Il s'agit ici de considérations histologiques dans lesquelles nous n'avons pas à entrer.

Les métrorrhagies de la ménopause sont celles qui portent le plus à la confusion avec le cancer. L'âge où se développent ces deux affections est souvent le même. Les symptômes fonctionnels ou les symptômes physiques ne permettent le diagnostic qu'à une période avancée de la maladie, alors que les troubles de la ménopause tendent à cesser ou que l'épithélioma a envahi toute la cavité utérine, sinon tout l'organe, et que la malade est cachectique. La plus grande abondance des hémorrhagies lors de la mé-

nopause, n'a qu'une valeur relative. Le seul symptôme important est l'apparition de l'écoulement caractéristique du cancer. Il faut surtout se méfier de ce que les femmes appellent le « retour d'âge », c'est-à-dire des métrorrhagies après la ménopause et qui sont suspectes de néoplasies ; c'est pourquoi nous pensons qu'il est préférable, si l'on ne veut pas attendre l'évolution des lésions, de s'en rapporter à l'examen physique de l'utérus après dilatation, ou mieux à l'examen histologique d'un fragment de muqueuse.

Les métrorrhagies dans les lésions annexielles sont la plupart du temps en relation avec les règles, c'est-à-dire qu'elles revêtent plutôt le type des ménorrhagies.

Elles s'accompagnent de phénomènes douloureux, souvent intenses. Si elles se montrent en dehors des règles, elles sont irrégulières et comme abondance, et comme quantité. Leur diagnostic demande la constatation d'une affection des annexes : hémorrhagies ovariennes, augmentant le volume de cet organe ; kystes de moyenne ou de grandes dimensions ; rarement tumeurs solides ; oophoro-salpingite kystique ou parenchymateuses avec adhérences de pelvi-péritonite ; salpingites suppurées. Il sera facile de constater ces lésions au niveau de l'appareil tubo-ovarien et l'état normal de l'utérus. Brennecke signale encore comme lésions susceptibles de déterminer ces hémorrhagies, les cicatrices de la castration. Ce fait est possible, mais il est possible aussi qu'il y ait des lésions de la muqueuse utérine qui aient échappé à l'observation.

Dans le cas de fibrome, les hémorrhagies qui en dépendent sont facilement rattachées à leur vraie cause, si la tumeur est moyenne. L'examen physique montrera des noyaux fibromateux sous-péritonéaux perceptibles à la palpation ou bien, dans le cas de fibrome interstitiel, une augmentation uniforme de l'organe qui est dur, en même temps que font défaut tous les signes de grossesse. Le

diagnostic devient plus délicat lorsqu'il s'agit de fibromes sous-muqueux. Ceux-ci sont souvent petits et déterminent cependant d'abondantes hémorrhagies. Les commémoratifs pourront écarter le diagnostic de fausse couche ; les symptômes généraux, l'écoulement ichoreux, celui de cancer. Le diagnostic avec la métrite hémorrhagique est presque impossible jusqu'à ce qu'on ait constaté par le toucher ou *de visu* la présence de noyaux fibromateux se révélant comme de petits noyaux durs et volumineux. Souvent dans ces cas l'évolution de la maladie que l'on suit assez longtemps permet de pencher vers l'une ou l'autre affection. Le diagnostic avec les troubles de la ménopause et de la puberté sont faciles si l'on considère l'absence d'augmentation de volume dans ces derniers cas.

Quant à la métrite aiguë la fièvre, la douleur, la sensibilité exquise de l'organe, l'écoulement franchement purulent, ne laisseront aucun doute sur la métrorrhagie qui se produit dans ces conditions.

De même dans les métrites chroniques, les commémoratifs, les lésions marquées du col : déchirures, érosions, ectropion, écoulement séro-purulent feront songer aux fongosités et aux polypes muqueux de la cavité utérine ; et la dilatation du col en permettra la constatation directe.

Le diagnostic le plus facile est sans contredit celui des métrorrhagies de l'endométrite déciduale. Il s'agit d'une femme jeune, entre 18 et 30 ans. Les commémoratifs révéleront une fausse couche constatée ou bien un retard variable, souvent minime dans les règles jusque là régulières, retard terminé par une perte très abondante avec caillots, quelquefois avec membranes. Les pertes diminuent d'intensité, mais persistent. Le col, du reste, est très

mou, entr'ouvert, violacé. Il peut y avoir certains signes de grossesse (varices, masque, montée du lait).

Pour ce qui est des métrorrhagies de la métrite hémorrhagique angiomateuse, leur diagnostic étiologique n'est point aisé. Il n'a jamais été fait au début, ce n'est que l'évolution qui a pu le faire admettre. On trouve comme dans l'endométrite déciduale une intégrité des annexes, un utéros gros — plus dur, il est vrai — mais sans noyaux de fibrome sans soupçon d'épithélioma. Le col utérin est en général plus dur que dans la forme précédente, soit augmenté, soit conique, et — fait important — il n'y a pas de retard de la menstruation, du moins chez les femmes bien réglées. On voit donc qu'on peut confondre la métrite angiomateuse soit avec l'endométrite déciduale, soit plutôt avec des fibromes sous-muqueux, ou si l'âge de la malade s'y prête, avec les troubles de la ménopause.

Deux points cependant permettront de parfaire le diagnostic : l'exploration de la cavité utérine qui permettra d'éliminer les fibromes, l'examen d'un fragment de muqueuse qui permettra d'affirmer les lésions vasculaires.

Du reste, cette forme est absolument rebelle au curettage. Nous avons cité des cas où l'on avait répété plusieurs fois cette opération sans jamais arriver à la guérison. Il faudra donc songer à cette forme-là quant, après un curettage soigneusement fait, les métrorrhagies recommenceront.

Nous devons encore citer pour être complet, parmi les métrorrhagies qu'on observe en chirurgie, l'hémorrhagie qui survient lors d'hématocèle (rupture et avortement tubaires), cette hémorrhagie peut durer plusieurs jours, mais ne se reproduit pas. Certains auteurs y voient des phénomènes d'expulsion de caduque utérine

comme dans un avortement. Cependant le sang qui s'écoule est noir, poisseux et son analogie avec celui qu'on trouve dans le péritoine dans ces cas-là, fait penser qu'il s'agit probablement de reflux par la déchirure de la trompe. Le toucher en faisant constater que le cul-de-sac postérieur est distendu par une masse molle et dépressible permettra d'affirmer l'hématocèle, surtout quand il s'y joindra les commémoratifs et les signes généraux.

Nous n'avons pas traité dans ce chapitre, les hémorrhagies que les auteurs anciens signalent dans les déviations utérines. Nous n'en avons pas trouvé de description dans les auteurs récents. Il est très probable qu'elles sont sous la dépendance de la métrite que ces déplacements entretiennent.

CONCLUSIONS

I. — Il ne faut point confondre les termes *métrorrhagie* et *métrite hémorrhagique*. Le premier est un symptôme, le second, une affection.

II. — Il n'y a pas de métrorrhagies essentielles. La plupart des cas qu'on a signalés, sont des métrorrhagies sous la dépendance soit d'une maladie médicale, soit d'une affection annexielle, soit encore d'un trouble du système circulatoire utérin.

III. — Les métrorrhagies qu'on observe à la puberté et à la ménopause sont fréquemment associées à une constitution faible ou épuisée. Elles sont sous la dépendance d'un défaut de tonus général des systèmes musculaire, vasculaire ou nerveux et sont d'ordre réflexe. Ces phénomènes sont passagers et curables soit spontanément, soit par des moyens très simples.

IV. — Les métrorrhagies sont communes dans les tumeurs de l'utérus ou dans les lésions annexielles. Elles ne sont pas explicables par les altérations de la muqueuse utérine qui sont essentiellement variables, mais plutôt par des réflexes congestifs que provoque l'irritation de ces organes par le développement des lésions. Leur traitement est celui de la cause qui les détermine.

V. — On observe dans la 1^{re} phase des métrites aiguës, des hémorrhagies assez fréquentes dues à la destruction du tissu embryonnaire qui remplace la muqueuse. Dans les métrites chroniques, on observe plutôt des ménorrhagies et s'il existe des pertes abondantes en dehors des règles, elles sont dues généralement à une végétation ou à un polype vasculaires. Les phénomènes concomitants dans le premier cas, les altérations bien différentes du reste de la muqueuse dans le second, empêchent de donner à ces

formes le nom de métrites hémorrhagiques. Il s'agit de métrorrhagies dans le cours de certaines métrites.

VI. — A part la rétention du placenta ou d'un gros cotylédon, il survient après l'avortement une altération de la muqueuse s'accompagnant d'hémorrhagies. En l'absence de la localisation de l'altération de la muqueuse sur les vaisseaux, il est préférable de la nommer endométrite déciduale. Elle est caractérisée par la présence des grandes cellules de la caduque autour desquelles se montrent de nombreuses cellules embryonnaires. Sa guérison est constante par le curettage.

VII. — Il existe une métrite hémorrhagique au sens anatomique du mot. Ses lésions portent sur les vaisseaux de la muqueuse et du muscle. C'est la *dégénérescence angiomateuse* de M. Quénu. Les lésions peuvent être identiques sans atteindre un degré aussi marqué. L'évolution de cette affection est caractérisée par des hémorrhagies incoercibles et rebelles au curettage. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement la terminaison peut être fatale. Le traitement de choix en est l'hystérectomie vaginale.

Il est possible d'après leur marche, de présumer le diagnostic étiologique des métrorrhagies ; il ne pourra être confirmé que par l'examen physique et dans quelques cas, seulement par des préparations histologiques de fragments de la muqueuse.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aran.** — *Lec. clin. sur les mal. de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1858-1860.
- Bogdon.** — Sur deux cas d'endométrite hémorrhagique. *Bull. de la Société de méd. de Jassy*, nov.-déc. 1888.
- Boldt.** — Angiome caverneux de l'utérus enlevé par hystérectomie vaginale. *American Journal of Obstetrics.* Congrès de Washington, sept. 1893.
- Bouilly.** — Traitement des endométrites. *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1890, N. S. XVI, 136 et 150.
- Bouton.** — *De la métrite chez les vierges.* Th. Paris, 1887.
- Braithwaite.** — On a cure for incurable metrorrhagia. *Lancet.* Lond., 1893, I, 1315.
- Brandt.** — *Cent. f. Gyn.*, n° 25, p. 528, 1891.
- Chambelland.** — *De la métrite blennorrhagique et des métrorrhagies consécutives.* Th. Nancy, 1892.
- Chéron.** — Des hémorr. utérines qui surviennent en dehors de l'accouchement. *Rev. méd. chir. des malad. des femmes*, Paris, 1880, II, 129-143.
- Hémorrh. en rapport avec des fongosités. *Trait. par curage.* *Gaz. Hôp.*, Paris, 1881, p. 4.
- Chiara.** — Métrorragie ricorrente gravi da causa ignota. *Aun. di ostetr.*, Milano, 1881, V, 3523.
- Coe.** — Uterine hemorrhage of obscure origine. *Med. Rec.*, N. Y., 1891, XL, 94.
- Collinet.** — Th. 1887.
- Cornil.** — Anat. path. des métrites. *Journ. des connaiss. médicales*, 5 avril 1888, p. 107, 24 juin 1888, p. 195.
- *Leçons sur l'anat. path. des métrites*, Paris, 1889.
- *Leçons sur l'anat. path. des métrites, salpingites et des cancers de l'utérus* (in-8°, 140, p. 1892).
- Deux angiomes utérins superficiels. *Soc. anat.*, 10 juin 1892, p. 425.
- Courty.** — *Trait. prat. des mal. de l'utérus*, Paris, 1872.
- Curatalo.** — Ricerche istologiche sulle alterazioni della mucosa uterina. *Ann. di. ostet.*, Milan, 1891, XIII, 73.

- Czempin.** — Des rapports de la muqueuse utérine avec les affections des annexes. *Zeit. f. Geburtsh.*, XIII, 2.
- Dalché.** — Métrite interne chez une vierge. Métrorrhagies incoercibles : inject. intra-utérine de perchlor. de fer, Guérison. *Gaz. méd.*, Paris, 1885, 7^e s., II, 581.
- Danion.** — *Les hém. provoquées par les fibromes utér.*, Thèse Paris, 1892.
- Davenport.** — Uterine hæmorrhagie ; a considération of some of the less common causes and their treatment. *Boston. M. et S. J.*, 1887, CXVII, 124.
- Davis.** — Excessive uterine hemorrhage. *Pacific. M. et S. J.*, San-Franc., 1887, XXX, 344.
- Desmoulins.** — *Quelques considérations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métr. hémorrh.* Th. Paris, 1887, n° 24.
- Döderlein.** — Congrès des nat. all. à Halle. *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 44. 886.
- Doléris.** — De l'endométrite et de son traitement. *Bull. et mém. soc. d'obst. et gynec.*, Paris, 1887, II, 4, 87.
— Métrite du corps. Métrite du col. *Nouv. archiv. d'obs. et de gynec.*, Paris, 1890, V, 541.
— Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus (fausses métrites). *Nouv. arch. d'obs. et gynec.*, Paris, 1893, VIII, 49, 131, 185, 193, 241.
- Duncan.** — De la paramétrite hémorrhagique. *Brit. medic. journ.*, p. 1042, mai 1888.
- Duparcque.** — *Traité sur les altérations de la matrice*, Paris, 1839.
- Duplay et Reclus.** — *Traité de chir.*, 1892.
- Dupont (A.).** — *Etude sur les métrorrhagies dans les fibromes*. Th. Paris, 1878.
- Dupuy.** — *Des métrorrh. essentielles ou idiopathiques*. Th. Paris, 1892.
- Edis.** — Cases of métrorrhagia. *Brit. M. J.*, London, 1892, II, 736.
— De l'exploration de la cavité utérine en cas de ménorrhagie. *Brit. med. J.*, janvier 1886, 115.
- Eicholz.** — *Diagnost. et trait. des hémorrh. utérines typiques*, in-8°, Neuvied.
- Fauquez.** — Métrite parenchym. chron. par arrêt de régression de l'utérus après les accouchements. Endométrite. *Rev. méd. chir. des malad. des Femmes*, Paris, 1884, III, 490, etc.
- Gallard.** — *Lec. clin. sur les mal. des Femmes*, Paris, 1879.
— Sur la métrorrhagie. *J. de Méd. et Chir. prat.*, Paris, 1884, 1^{er} vol., 295.
- Garrigues.** — De la métrite disséquante, *Arch. f. Gyn.*, XXXVIII, 1891, p. 3.

- Gerne.** — Réflexions sur les hémorrh. utérines à forme névralgique. *Conc. méd.*, Paris, 1881, III, 638.
- Guinon.** — Métrite hémorrh. guérie par le raclage ; opération pendant le sommeil hypnotique provoqué. *Gaz. méd.*, 16 avril 1888.
- A. Gomet.** — *Hystérectomie vaginale en France*. Th. Paris, 1889.
- Greco.** — Guarigione di una ostina metrorrh., etc. *Scuola med. Napol.*, 1883, VI, 567, 580.
- Heitzmann.** — *Wien. medic. Jahrb.*, déc. 1885.
- Herman.** — A case of chronic hyperplastic endometritis with remarks on the treatment of metrorrhagie. *Brit. med. J.*, London, 1880, I, 729.
- Hirst.** — A contribution to the study of diffuse hyperplastic inflammation of decidual endometrium. *Amér. J. of obst.*, 1887, XX, 1264.
- Hosmer.** — Can uterine hæmorrh. be produced by renal disease, *Boston M. et S. J.*, 1886, CXV, 402.
- Huguenin.** — *Des résultats éloignés du curettage de l'utérus dans le traitement des endométrites chroniques*. Th. Paris, 28 déc. 1893.
- Irwin.** — Thumbs ; odd symptoms observed in uter. hemorrh. three cases. *Louisville Med. News.*, 1884, XVIII, 19.
- Isch-Wall.** — Métrite gangréneuse et villeuse. *Bullet. Soc. anat.*, 22 nov. 1889, p. 594.
- Jacobi.** — Studies in endometritis. *Am. J. of obst. N.-Y.*, 1885, XVIII, 36, 113.
- Jacobs.** — Les endométrites de la ménopause. *Polyclinique*, Bruxelles, 4^{er} juin 1893.
- Jakson.** — Some incured cases of uterin hemorrh. *Med. News. Phila.*, 1889, 78-81.
- Jouin.** — *Des différents types de métrite*, Paris, 1892.
- Kayser.** — La salipyrine dans les hémorrh. utérines. *Deut. med. Woch.*, 43, p. 1040.
- Kohn.** — Zur operativen Behandlung der Metrorrh. *Centrb. f. d. ges. therap.*, Wien, 1883, I, 549.
- Landau.** — Beitræge zur path. anat, des endometr. *Arch. f. gyn.*, 1888, XXXIV, Berlin, 165-190.
- Extirpation d'un utérus pour métrorrh. incoercible dans un empoisonnement par le phosphore suivi de mort. *Berlin klin. Woch.*, p. 385, 7 mai 1888.
- Laroche.** — *Contribut. à l'étude de la métrorrh. symptomatique*. Th. Paris, 1885, n° 161.
- Laroyenne.** — Des métrites chroniques simples. *Sem. médic.*, Paris, 1886, VI, 281.
- Loehlein.** — Ueber einige Formen der endometritis corporis, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1886, XXIII, 372-389.

- Lostalot.** — Métrite hémorrh. Rétention du placenta remontant à six mois. *Soc. anat.*, 20 déc. 1890, p. 647.
- Macnodald.** — Hémorrhagie endometritis. *Edimb. M. J.*, 1884-5, XXX, 408.
- Manson.** — Des écoulements sanguins en dehors de la menstruation, importance de l'examen physique pour leur diagnostic différentiel, *Medic. news.*, 26 mai 1888.
- Martin (A.).** — *Traité clinique mal. des Femmes*, trad. fr., par H. VARNIER, Paris, 1889.
- Maslowsky.** — Endometritis decidualis chronica mit Kystenbildung. Abortus habitualis, *Cent. f. gyn.*, Leipzig, 1880, IV, 352.
- Monod (E.).** — Des hémorrhagies utérines chez les femmes âgées. *Gaz. hebdom. d. sc. médic. de Bordeaux*, 1892, XIII, 612, 625.
- Morton.** — Some representative cases of uterin hemorrh. and their treat. *Louisville Med. News*, 1882, XIII, 51.
- Mouchet (P.).** — *De l'endométrite au point de vue anatomo-pathologique*, Thèse Paris, 1888, n° 82.
- Murphey.** — Curetting for the cure of endometritis and continued hemorrh. following abortion : report of 4 cases, *Med. Rec.*, N.-Y., 1893, XLIII, 590.
- P. Petit.** — Diagnostic histologique des Endométrites, *N. Arch. obst. e gyn.*, Paris, 1889, IV, 209.
- Pénaire.** — *Des endométrites infectieuses*. Th. Paris, 1889.
- Pilliet et Baraduc.** — *Comp. rend. Soc. biol.*, mars 1896, n° 11.338.
- Pichevin et Petit.** — Métorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus. *Gaz. méd.*, Paris, 1895, n° 47, p. 553.
- Potherat.** — Du curettage de l'utérus dans l'endométrite et de quelques-unes de ses complications, *Rev. générale de clin. et théor.*, Paris, 1889, 687-89.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, Paris, 1892.
- S. Pozzi.** — Des métrites. *Méd. moderne*, Paris, 1889, I, 645.
- Prenant.** — *Éléments de l'embryologie de l'homme et des vertébrés*, t. I, Paris, 1891.
- Quénu.** — De la transformation caverneuse de la muqueuse utérine dans certaines formes des métrites. *Bull. et mém. société chirurg.*, Paris, 1893, n. s., XIX, 613.
- Rae.** — Blood-cast within the cavity of the uterus as a cause of uterine hæmorrh. *Lancet*, Lond., 1881, I, 498.
- Raffray.** — *Des métrites*. Thèse de Paris, 1894.
- Recamier.** — *Union médic. de Paris*, p. 93 et suivantes, 1-8 juin 1850, 266 et suivant.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.** *Précis d'obstétrique*, 1893.

- Richardière.** — Métrorrhagies déterminées par une congestion ovarienne intense. *Ann. de gynéc.*, Paris, 1882, XVIII, 244.
- Richelot.** — Endométrite et curage. *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1889, XXXII, 271.
- Routh.** — Rapid dilatation of the uterus for diagnosis and treatment of the uterine hemorrh. *Tr. med. soc. of Lond.*, 1891-2, XV, 345-375.
- Ruge.** — Zur aetiologie und anatomie der Endometritis. *Zeitschr. f. geburts. u. Gyn.* Stuttgart, 1880, V, 317. *Arch. f. Gynec.*, Berlin, 1879, XV, 274.
- Scanzoni.** — *Métrite chronique*, Paris, 1864.
- Schlesinger.** — Über metritis hemorrhag. *Wien. med. Bl.*, 1883, VI, 63, 101.
- Schmal.** — L'anatomie pathologique de l'endomètre. *Arch. toc.*, Paris, 1891, XVIII, 385, 464, 534.
- Schmitt.** — A contribution to the pathology of the mucous membrane of the uterus. *Am. J. of obst. N. Y.*, 1884, XVIII, 1, 16.
- Sinét (de).** — *Manuel de gynécologie*, Paris, 1879.
- Sneguireff.** — *Hémorrhagies utérines. Etiol. diagn. Trait.*, édition franç. par H. VARNIER, in-8°, Paris, 1886.
- Teillard-Chabrier.** — *Contribut. à l'étude du trait. de la métrite hémorrh.* Th. Paris, 1884, n° 67.
- Terrillon.** — Métrite hémorrhag. et curage de l'utérus, *Bull. méd.*, 3 août 1887.
- *Leçons de clin. chirurg.*, Paris, 1889, 70-79.
- Des hémorrh. utérines et de leur trait. *Bull. gén. de Thérap.*, Paris, 1890, CXIX, 49.
- Tree.** — Metrorrhagia. *Med. a surg. reporter*, Philad., 1885, LIII, 144.
- Treub.** — Sur la nature de la soi-disant métrite hypertrophique. *Gaz. méd.*, Paris, 1892, 8^e s., I, 582.
- Trotewski.** — *Des métrites hémorrhagiques*. Th. Paris, 95.
- Uter.** — Einiges zur Pathologie der Mucosa corporis uteri. *Centralb. f. gynæk.*, Leipzig, 1891, XV, 689.
- Valerani.** — Endometrita fungosa emoragica etc. *Ann. di med. e chir.*, Milano, 1879, CCX ; IX, 444.
- Veer.** — Some considerat. in reference to uterine hemorrhag. puerperal et non-puerperal. *Tr. am. ass. obst. and. gynecol.*, Toledo, 1893, III, 75.
- Veit.** — De l'endomérite. *Zeits. f. geburts*, XIII, 2.
- Verrier.** — De la métrorrhagie. *Méd. pratiq.*, Paris, 1882, III, 25.
- Wheaton.** — Microscopie section of the uterine mucous membrane in the case of an infant suffusing from uterine hemorrhage. *Tr. obst. soc. of London*, 1892, XXXIV. 190.

- Wild.** — Deux observat. de polypes utérins ayant subi la transformation angiomateuse. *Med. chroniel.*, Manchester, 1891, XIV, p. 21.
- Winter.** — Die Mikroorganismen im genital Canal etc. *Zeitsch. f. geb. und Gyn.*, 1888, XIV, vol. 442.
- Wyder.** — Tafeln f. den gyn. Unterricht, Berlin, 1887.
- De la muqueuse utérine en cas de myomes, *Arch. f. gyn.*, XXIV, I, 1887.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
